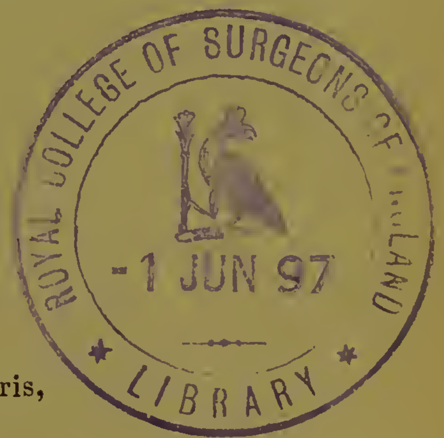
2.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE

DU

CANCER DE L'INTESTIN

ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE



PAR

ERNEST HAUSSMANN

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique,
Préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

PARIS
ASSELIN ET Cᵉ LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'Ecole de médecine.

1882

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE GUSTAVE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR Benjamin ANGER

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière

M. LE DOCTEUR J. GUYOT

Médecin de l'hôpital Beaujon

M. LE DOCTEUR CADET DE GASSICOURT

Médecin de l'hôpital Trousseau (Enfants malades)

M. LE DOCTEUR E. VIDAL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

M. LE DOCTEUR HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de médecine, etc., etc.

aible témoignage de reconnaissance et de dévouement.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE



DU

CANCER DE L'INTESTIN

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

INTRODUCTION.

C'est sur le conseil de notre cher maître, M. le profes-eur Duplay, que nous avons entrepris ce travail, que ous regrettons seulement de n'avoir pu achever. Notre ntention était en effet de faire l'histoire complète du ancer de l'intestin, de cette affection si intéressante et si mparfaitement étudiée, et nous avions dans ce but, assemblé toutes les observations disséminées dans les ecueils périodiques français et étrangers qu'il nous a été possible de passer en revue.

Malheureusement, le temps considérable que nous ont lemandé ces recherches minutieuses, ne nous a pas permis de terminer la tâche que nous nous étions

proposée, et, nous avons dû nous restreindre à l'étude de l'étiologie et de l'anatomie pathologique.

A défaut d'autre mérite, les considérations qui vont suivre, auront celui d'être exclusivement basées sur les faits, et nous ne croyons pas avoir avancé une seule opinion qui ne soit justifiée par un nombre plus ou moins considérable d'observations.

C'est pour montrer cette préoccupation constante, que nous avons fait précéder notre travail, du tableau complet des 289 cas de cancer de l'intestin que nous avons pu réunir, et qui, à part trois ou quatre exceptions pour lesquelles le diagnostic ne faisait aucun doute, ne comprend que des faits dans lesquels l'examen nécroscopique a été pratiqué.

Nous croyons également devoir faire remarquer que tous ces faits ont trait à une altération *primitive* de l'organe, bien que dans certains cas fort rares d'ailleurs, cette distinction offre plus de difficulté qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Ajoutons qu'il ne sera question dans ce qui va suivre ni du rectum ni du duodénum.

Bien que nous ayons rencontré un petit nombre de faits se rapportant à une lésion primitive du duodénum, on peut dire d'une façon générale que le cancer de cette portion de l'intestin n'est, le plus souvent, qu'une extension d'un cancer siégeant au pylore. Le duodénum est, d'ailleurs, un organe à part, que sa situation en dehors du péritoine, sa fixité, ses courbures ne permettent pas de confondre avec l'intestin grêle proprement dit.

STATISTIQUE

Intestin grêle

1. Cayol. — Traité des maladies cancéreuses, p. 469. Homme. Noyaux disséminés.
2. Chenet. — Bull. Soc. Anatomique, 1875, p. 299. Homme de 44 ans. Dernière portion de l'iléon.
3. Corbin. — Archives Gén. de méd., 1831, t. XXV, p. 45. Homme de 78 ans. Commencement de l'iléon.
4. Cornil et Ranvier. — Manuel d'histol. path., p. 861. Noyaux disséminés. *Carcinôme*
5. Coupland et Morris. — British Med. Journal, 1878, t. I, p. 122. Homme de 65 ans. Fin de l'iléon. Invagination dans le cœcum.
6. Coupland et Morris. — British Med. Journal, 1878, t. I, p. 122. Femme de 42 ans. Commencement de l'iléon.
7. Crisp. Lancet, 1847, t. I, p. 557. Femme de 51 ans. Iléon.
8. Cruveilhier. — Bull. Soc. anat., 1826, p. 195. A un pied et demi du duodénum.
9. Cruveilhier. — Anat. path. du corps humain, xxii[e] livraison. Femme de 29 ans. Jejunum. Invagination.
10. Descroizilles. — Bull. Soc. anat., 1860, p. 23. Homme de 44 ans. Union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs.
11. Dittrich. — Prager Vierteljahrschrift, 1846, t. I, p. 53. Jeune homme de 16 ans. Iléon.
12. Greenhowe. — Transact. of path. Society, 1867, p. 114. Homme de 55 ans. Iléon. Invagination dans le cœcum. Epithelioma cylindrique. Ganglions normaux.
13. Hartree. — Guy's Hosp. Reports, 1868, p. 330. Homme de 39 ans. Iléon.
14. Hinton. — Association Med. Journal, 1853, p. 438. Homme de 65 ans. Iléon.
15. Kennedy. — Dublin Quarterly Journal, 1864, t. XXXVIII, p. 6. Petite fille de 9 ans. Noyaux disséminés.
16. Knight. — New-York Med. Journal, 1879, t. XXX, p. 402. Homme de 52 ans. Jejunum.

17. Larsen. — Norsk Magaz., R. 3 Bd. 17, 1877. Femme. A un pied de la valvule iléo-cœcale.
18. Legendre. — Bull. Soc. anatomique, 1838, p. 7. Homme de 43 ans. A cinq pieds et demi de la valvule iléo-cœcale.
19. Leichtenstern. — Prager Vierteljahrschrift, t. CXX, p. 75. Homme de 75 ans. Iléon. Invagination dans le cœcum.
20. Leroux. — Thèse de Roy, Paris, 1877. Homme de 37 ans. Fin de l'iléon. *Carcinôme.*
21. Leudet. — Bull. Soc. anat., 1881. Homme de 63 ans. Fin de l'iléon. Epithélioma cylindrique.
22. De Miéville. — Bull. Soc. méd. de la Suisse romande, 1878, p. 5. Femme de 35 ans. A 1 mètre du pylore.
23. Oser. — Wiener Med. Blatter, 1879, p. 34. Jeune homme de 20 ans. Commencement de l'iléon. Epithélioma cylindrique.
24. Rathery. — Thèse de Paris, 1870, p. 17. Enfant de 8 ans. Fin de l'iléon.
25. Régeard. — Bull. Soc. anatomique, 1877; p. 472. Femme de 57 ans.
25 (*bis*). Salomon. — Charité Annalen, 1878, p. 146. Homme de 24 ans. Invaginations multiples.
26. Smith. — Lancet, 1858, t. I, p. 224. Homme de 58 ans. Fin de l'iléon.
27. Spanton. — Med. Times and Gaz., 1878, t. I, p. 278. Petite fille de 12 ans. Fin de l'iléon.
28. Waldeyer. — Archiv. de Virchow, 1872, t. LV, p. 114. Femme de 43 ans. Iléon. Epithélioma cylindrique.

Cœcum.

29. Bamberger. — Oesterr. Zeitschrift. f. pract. Heilkunde, 1857, p. 134. Femme de 57 ans.
30. Beale. — Transact. of path. Society, 1852, t. III, p. 268. Femme de 30 ans. *Carcinôme.*
31. Beesley. — Dublin Quarterly Journal, 1862, p. 299.
32. Bouley. (Inédite). — Homme de 47 ans. Epithélioma cylindrique. Ganglions normaux.
33. Braun. — Deutsche Klinik, 1860, p. 442. Femme de 56 ans. Epithelioma cylindrique.

34. Coll. — British Med. Journal, 1871, t. II, p. 670. Femme de 50 à 60 ans.
35. Coupland et Morris. — British Medical Journal, 1878, t. I, p. 122. Femme de 38 ans. Epithélioma cylindrique.
36. Davies. — Med. Times and Gaz, 1861, t. I, p. 62. Homme de 35 ans.
37. Decker. — Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande, 1880, p. 166. Femme de 58 ans. Invagination.
38. Dickinson. — Med. Times and Gaz., 1849, t. XIX, p. 631. Femme de 31 ans. *Carcinome.*
39. Finlayson. — Glasgow Med. Journal, 1879, t. XI, p. 63. Homme de 22 ans. Valvule intacte. Epithélioma cylindrique.
40. Gelez. — Bull. Soc. anatomique, 1842, p. 285. Homme de 46 ans. Ganglions normaux.
41. Gerster. — New-York Med. Journ., 1881, p. 593.
42. Hilton Fagge. — Guy's Hosp. Reports, 1868, p. 310. Femme de 51 ans.
43. Hughes. — Dublin Quarterly Journal. 1862, t. XXXIII, p. 296. Femme de 32 ans.
44. Ilmoni. — Schmidt's Jahrbücher, 1856, p. 265. Homme de 50 ans. *Carcinome.*
45. Israel. — Langenbeck's Archiv, 1877, t. XX, p. 36. Femme de 49 ans. Epithélioma cylindrique.
46. Jagot. — Bull. Soc. anatomique, 1880, p. 133. Femme de 36 ans. *Carcinome.*
47. Kolaczek. — Langenbeck's Archiv, 1875, t. XVIII, p. 366. Homme de 31 ans. Epithélioma cylindrique. Ganglions normaux.
48. Kraussold. — Langenbeck's Archiv, 1882, t. XXVII, p. 293 et Sammlung Klin. Vorträge, n° 191, p. 1724.
49. Lancereaux. — Atlas d'anatomie pathologique, 1871, p. 30. Epithélioma cylindrique.
50. Lawson. — Transact. of Pathol. Society, 1861, p. 117. Femme de 56 ans.
51. Lebert. — Physiologie path., t. II, p. 376. *Carcinome.*
52. Lee. — Canstatt, 1844, t. IV, p. 459.
53. Lefeuvre. — Bull. Soc. anat., 1867, p. 93. Homme de 43 ans Epithélioma cylindrique.
54. Lemaitre. — Bull. Soc. anat., 1850, p. 171. Homme de 26 ans. Ganglions normaux.

55. LEUBE. — Ziemssen's Handbuch, t. VII, p. 325.
56. LEUBE. — Ziemssen's Handbuch, t. VII, p. 327.
57. LYNAN. — Chicago Med. Journ., t. XXXIII, p. 318. Homme.
58. MACQUET. — Bull. Soc. anat., 1846, p. 147. Femme de 32 ans.
59. MILNER-MOORE. — British Med. Journal, 1879, t. II, p. 991.
60. OGLE. — Saint-George's Hospital Report's, t. II, p. 354. Homme de 31 ans. Ganglions normaux.
61. OSER. — Wiener Med. Blätter, 1879, p. 86.
62. REE. — Guy's Hospit. Reports, 1868, t. XIV, p. 312. Femme de 33 ans.
63. REGNARD. — Bull. Soc. anatomique, 1864, p. 369. Femme.
64. ROKITANSKY. — Wiener Med. Presse, 1866, p. 675. Homme. Cancer limité à l'appendice iléo-cæcal. *Carcinome.*
65. ROKITANSKY. — Wiener Med. Presse, 1866, p. 675. Homme. Cancer limité à l'appendice iléo-cæcal. *Carcinome.*
66. ROKITANSKY. — Wien Med. Presse, 1866, p. 675. Homme. Cancer limité à l'appendice iléo-cæcal. *Carcinome.*
67. ROKITANSKY. — Wien Med. Jahrbücher, 1867, t. XIII et Canstatt, 1867. Cancer limité à l'appendice iléo-cæcal. *Carcinome.*
68. ROULLAND. — Bull. Soc. anat., 1840, p. 171. Femme de 60 à 70 ans.
69. ROY. — Thèse de Paris, 1877, p. 30. Femme de 36 ans.
70. SANDWITH. — Association Med. Journal, 1855, p. 812. Homme de 42 ans.
71. SEUVRE. — Bull. Soc. anatomique, 1873, p. 643. Femme de 35 ans. Carcinôme.
72. SIEVEKING. — Med. Times and Gaz., 1879, t. I, p. 116. Femme 63 ans.
73. SOUTHEY. — Med. Times and Gaz., 1875, t. II, p. 545. Homme de 45 ans.
74. TÖRNBLOM. — Nord. Med. Archiv., 1871, t. III, n° 21. Femme de 47 ans. *Carcinome.*
75. WALDENSTRÖM. — Schmidt's Jahrbuch., 1880, t. CLXXXVIII, p. 279. Femme de 58 ans.
76. WUNDERLICH. — Handbuch der Path. und Therapie, 3e partie.

Côlon ascendant.

77. ANDREW. — British med. Journal, 1878, t. II, p. 470. Homme.

78. Aschoff. — Casper's Wochenschrift, 1845, n° 28. Femme de 37 ans.
79. Bailly. — Bull. Soc. Anat., 1854, p. 15.
80. Baum. — Centralblatt. f. Chirurgie, 1879, p. 169. Homme de 34 ans. Epithélioma cylindrique.
81. Cruveilhier. — Anat. path. du corps humain, xxiii° livraison.
82. Ducros. — Arch. gén. de Médecine, 1838, t. II, p. 455. Femme de 25 ans.
83. Duplay. — Arch. Gén. de méd., 1879, t. II, p. 207. Homme de 52 ans.
84. Durham. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 309. Homme de 27 ans.
85. Guérard. — Bull. Soc. Anat., 1828, p. 165.
86. Hamilton. — Med. Times et Gaz., 1864, t. I, p. 88. Femme de 48 ans.
87. Handfield Jones. — Med. Times and Gaz., 1875, t. I, p. 496. Femme de 52 ans.
88. Hennig. — Schmidt's Jahrbücher, 1852, p. 367. Homme.
89. Nunn. — Transact. of. Path. Soc., 1875, p. 458. Homme de 75 ans.
90. Pye Smith. — British méd. Journal, 1879, t. I, p. 806. Femme de 38 ans.
91. Rokitansky. — Zeitschrift der Gesell. der Aerzte in Wien, 1855, t. I, p. 115. Femme de 70 ans. *Carcinome.*
92. Seeburger. — Canstatt, 1841, t. I, p. 30. Homme de 37 ans.
93. Smith. — Dublin Quarterly Journal, 1846, t. I, p. 245. Femme de 50 ans.
94. Stille. — Amer. Journal, 1866, t. I, p. 160. Homme de 52 ans.
95. Terrillon. — Bullet. Soc. Anat., 1867, p. 716. Femme de 56 ans. *Carcinome.*
96. Trèves. — Union Médicale, 1862, p. 617. Homme de 25 ans.
96 (*bis*). Vidal. — Bull. Soc. Anat., 1832, p. 122.
96 (*ter*). Vidal. — Bull. Soc. Anat., 1832, p. 122.

Angle hépatique.

97. Birkett. — Trans. of Path. Soc., 1853, p. 154. Homme de 58 ans.

98. Cayley. — Trans. of Clin. Soc., 1879, t. XII, p. 74 et t. XIII, p. 375. Homme de 23 ans.

99. Gibbon. — Trans. of Path. Soc., 1858, p. 214. Femme de 67 ans.

100. Goodhart. — Br. Med. Journal, 1879, t. II, p. 485. Homme de 27 ans.

101. Greenhow. — Journal d'Édimbourg, t. XVII, p. 375, cité par Chanut. Thèse de Paris, 1842.

102. Luys. — Bull. Soc. Anat., 1874, p. 459. Femme de 83 ans.

103. Part. — Transact. of Path. Soc., 1857, p. 196. Homme de 52 ans.

104. Shaw. — Transact. of Path. Soc., 1853, p. 357. Homme de 75 ans.

Côlon transverse.

105. Anstie. — Lancet, 1874, t. I, p. 731.

106. Barth. — Thèse de Fleur. Paris, 1879, p. 42. Femme de 56 ans.

107. Beringier. — Bull. Soc. Anat., 1879, p. 448. Femme de 36 ans.

108, Bristowe. — St-Thomas Hosp. Rep,, 1873, t. IV, p. 208. Femme de 40 ans.

109. Brock. — Glasgow med. Journal, 1879, t. II, p. 319. Homme de 51 ans.

110. Callender. — Trans. of Path. Soc., 1864, p. 98. Homme de 68 ans.

111. Castanet. — Mém. de l'Académie de Chirurgie, t. IV, p. 201. Femme de 25 ans.

112. Cayley. — Trans. of Path. Soc., 1866, p. 140.

113. Charon. — Journal de méd. de Bruxelles, 1877, p. 517. Femme de 32 ans.

114. Corbin. — Arch. gén. de Méd., 1831, t. XXV, p. 40. Homme de 44 ans.

115. Croft. — Trans. of Path. Soc., 1863, p. 154. Homme de 63 ans.

116. Cruveilhier. — Anat. path. du corps humain, xxvi° livr. Femme de 58 ans.

117. Czerny. Berliner Klin. Wochenschrift., 1880, p. 639. Femme de 47 ans. Épithélioma cylindrique.

18. Damaschino. — Maladies des voies digestives, p. 849. Femme. Épithélioma cylindrique.

19. Dittrich. — Prager Vierteljahrschrift, 1846, t. II, p. 102. Homme de 63 ans.

20. Dowse. — Trans. of Path. Soc., 1875, p. 90. Femme de 69 ans. *Carcinome.*

21. Garret-Anderson. — Lancet, 1874, t. I, p. 731. Femme de 68 ans.

22. Gogué. — Bull. Soc. Anat., 1844, p. 207. Femme de 38 ans.

23. Holmès. — Édinburgh Med. Journal, t. VIII, p. 251, cité par Chanut. Thèse de Paris, 1842.

24. Israel. — Langenbeck's Arch., 1877, t. XX, p. 36. Homme de 68 ans.

25. Longmoore. Trans. of Path. Soc., 1860, p. 98. Homme de 55 ans.

26. Mackey. — Br. Med. Journal, 1867, t. I, p. 317. Homme de 28 ans.

27. Matthaï. — Deutsche Klinik, 1867, p. 67. Femme de 27 ans. *Carcinome.*

28. Murchison. — Trans. of Path. Soc., 1857, p. 67. Homme de 56 ans.

29. Prescott-Hewett. — Lancet, 1864, t. II, p. 40.

30. Thurnam. — Trans. of Path. Soc., 1848, p. 264. Femme de 68 ans.

Angle splénique.

30 (*bis*). Amussat. — 2e mémoire. Femme.

31. Bristowe. — Transact. of Path. Soc., 1872, p. 124. Homme de 23 ans. Ganglions normaux. *Carcinome.*

32. Dolbeau. — Thèse de Charpentier, Paris, 1870, p. 103. Homme de31 ans.

33. Jeffries. — Amer. Journal, 1851, t. XXI, p. 38. Homme de 63 ans.

34. Moutard-Martin. Bulletins de la Société Clinique, 1877. Femme de 58 ans. Epithélioma cylindrique.

35. Philipps. — London Med. Chir. Transact., t. XXXI, p. 8. Homme de 36 ans.

136. Ree. — Guy's Hosp. Reports, 1868, t. XIV, p. 308. Homme de 35 ans.
137. Sinclair. — Lancet, 1880, t. I, p. 541. Femme de 49 ans.
138. Stretch-Dowse. — Trans. of Path. Soc., 1873, p. 97. Femme de 53 ans. Epithelioma cylindrique.
139. Wilk. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 309. Homme de 61 ans. Epithélioma cylindrique.

Côlon descendant.

140. Bettelheim. — Med. Chir. Rundschau, 1871. Femme de 51 ans.
141. Clar. — Oesterr. Zeitschrift f. Klin. Heilkunde, 1855, t. II. Garçon de 3 ans et 9 mois.
142. Cockle. — Lancet, 1874, t. I, p. 727. Femme de 69 ans. Epithélioma cylindrique.
143. Fenn. — Br. med. Journal 1870, t. I, p. 398. Homme de 48 ans.
144. Ferall. — Dublin Quarterly Journal, 1843, t. XXII, p. 390. Femme de 50 à 60 ans.
145. Fleur. — Thèse de Paris, 1879, p. 47. Femme de 40 ans.
146. Forster. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 381. Femme de 40 ans.
147. Gaubrie. — Bull. Soc. Anat., 1843, p. 328. Femme.
148. Gros. — Gaz. des Hôpitaux, 1852, p. 133. Homme de 24 ans. Epithélioma cylindrique. Ganglions normaux.
149. Gull. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 307. Femme de 30 ans.
150. Gussenbauer. — Langenbeck's Arch., 1878, t. XXIII, p. 233. Homme de 42 ans. Ganglions normaux. *Carcinome.*
151. Hammersmith. — Lancet, 1869, t. II, p. 9. Homme de 40 ans.
152. Hayden. — Dublin Quarterly Journal, 1869, t. XLVII. Homme de 39 ans.
153. Heusgen. — Deutsche med. Wochenschrift, 1877, p. 589. Femme de 56 ans. *Carcinome.*
154. Humbert. — Thèse de Charpentier, Paris, 1870, p. 109. Femme de 66 ans.
155. Joel. — Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande. Femme. Ganglions normaux.

56. Lacaze-Duthiers. — Bull. Soc. Anat., 1847, p. 292. Femme de 70 ans.
57. Lage. — Schmidt's Jahrbücher, t. LV, p. 295. Homme de 50 ans.
58 Mackenzie. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 805. Femme de 20 à 30 ans.
59. Mackenzie. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 805. Femme de 37 ans. Epithélioma cylindrique.
60. Maunder. — Med. Times and Gaz., 1873, t. II, p. 413. Femme de 60 ans.
61. Maunder. — Med. Times and Gaz., 1877, t. I, p. 113. Femme de 55 ans.
62. Maunder. — Med. Times and Gaz., 1877, t. I, p. 114. Homme de 68 ans.
63. Moissenet. — Bull. Soc. Anat., 1837, p. 194. Femme.
64. Pavy. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 307. Femme de 30 ans. Epithélioma cylindrique.
65. Riegel. — Berl. Klin. Wochenschr., 1875, p. 355. *Carcinome.*
66. Roux. — Gaz. Hôpitaux, 1854, p. 410. Femme de 46 ans.
67. Schede. — Langenbeck's Arch., 1882, t. XXVII, p. 294.
68. Southey. — Lancet, 1874, t. II, p. 194. Homme de 46 ans.

S iliaque.

69. Abercrombie. Journal univ. des Sciences méd., 1821, t. XXI, p. 137. Homme de 70 ans.
70. Anderson. — Gaz. méd., 1859, p. 140. Homme de 32 ans.
71. Baer. — Prag. med. Wochenschrift, 1880, n° 15.
72. Bardenheuer. — Centralblatt f. chir., 1880, p. 140.
73. Bardenheuer. — Centralblatt f. chir., 1880, p. 140.
74. Barié et Ducastel. — Bull. Soc. anat., 1880. Homme de 70 ans. Epithelioma cylindrique. Ganglions normaux.
75. Beer. — Oesterr. med. Wochenschrift, 1842, n° 26. Homme de 38 ans.
76. Béraud. — Bull. Soc. anat., 1847, p. 280. Homme de 31 ans.
77. Berger. — Bull. Société de chir.. 1880, p. 600. Homme de 40 à 50 ans.
78. Berne et Bellier. Bull. Soc. anat., 1881. Femme de 56 ans. *Carcinome.*

179. Birkett. — Trans. of path. soc., 1868, p. 221. Femme de 46 ans. Ganglions normaux. Cancer du foie.
180. Bott. — Br. med. Journal, 1873, t. II, p. 569. Homme de 28 ans.
181. Bouley. — Bull. Soc. anat., 1881. Femme de 45 ans. Epithélioma cylindrique.
182. Bush. — Dublin med. Presse, t. XXIII, p. 230, et American Journal, t. XIX, p. 274. Femme de 30 ans.
183. Busch. — Bonn, 1876, cité par Erckelens; Langenbeck's Archiv., 1878, t. XXIII, p. 41 et suiv. Homme de 70 ans.
184. Castiaux. — Thèse de Charpentier, Paris, 1870, p. 107. Homme de 59 ans.
185. Chalk. — Trans. of path. Soc., 1859, p. 134. Homme de 68 ans.
186. Charteris. — Glasgow. med. Journal, 1879, t. XI, p. 320. Homme de 46 ans. Epithélioma cylindrique.
187. Clarke. — Association med. Journal, 1856, p. 203. Femme de 76 ans.
188. Cock. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 305. Homme de 72 ans.
189. Coupland et Morris. — Br. med. Journal, 1878, t. I, p. 122. Epithélioma cylindrique.
190. Coupland et Morris. — Br. med. Journal, 1878, t. I, p. 122. Epithélioma cylindrique.
191. Crisp. — Trans. of path. Soc., 1861, p. 113. Femme de 55 ans.
192. Curling. — Trans. of path. Soc., 1865, p. 120. Femme de 68 ans.
193. Déjerine. — Bull. Soc. anat., 1878, p. 288. Femme de 57 ans. Epithélioma cylindrique.
194. Dolbeau. — Clinique chirurg., p. 80. Homme de 57 ans.
195. Dubar. — Bull. Soc. anat., 1879, p.64 4. Jeune homme de 19 ans. Ganglions normaux. *Carcinome.*
196. Figuière. — Bull. Soc. anat., 1842, p. 22. Femme de 61 ans. Ganglions normaux.
197. Fritz. — Bull. Soc. anat., 1864, p. 509. Homme.
198. Giamboni. — Thèse de Paris, 1880, p. 37. Femme de 53 ans. Epithélioma cylindrique. Ganglions normaux.
199. Glaister. — Glasgow med. Journal, 1880, t. XIII, p. 492. Femme de 68 ans.

00. Goodhart. — Trans. of. path. Soc., 1880, p. 113. Femme de 54 ans.

01. Gussenbauer. — Zeitschrift f. Heilkunde, 1880, p. 220. Femme de 40 ans. Epithélioma cylindrique.

02. Habersohn. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 305. Homme de 44 ans. Epithélioma cylindrique.

03. Habersohn. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 306. Femme de 57 ans.

04. Heath. — Br. med. Journal, 1877, t. II, p. 752. Homme.

05. Hilton. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 306. Homme de 65 ans.

06. Holmer. — Nord med. Arkiv., 1874, et Zeitschrift f. chir., 1875. Homme de 53 ans. Epithélioma cylindrique.

07. Holmer. — Nord med. Arkiv.. 1874, et Zeitschrift f. chir., 1875. Femme de 51 ans. Epithélioma cylindrique.

08. Howard-Marsh. — Trans. of clin. Soc., 1879, t. XII, p. 102. Femme de 40 ans. Ganglions normaux.

09. Hughes. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 305. Homme de 53 ans.

110. Hughes. — Guy's Hosp. Rep., 1868, t. XIV, p. 305. Femme de 42 ans.

111. Humphreys. — Assoc. med. Journal, 1856, p. 997. Femme de 63 ans.

112. Isenard. — Bull. Soc. anat., 1873, p. 613. Homme de 45 ans. Epithelioma cylindrique.

13. Jaccoud. — Pathol. interne, t. II, p. 282. Homme.

4. Johnson. — Lancet, 1838, t. I, p. 621. Homme.

115. Kebbell. — Lancet, 1877, t. I, p. 569. Homme de 37 ans.

16. Kennedy. — Dublin quarterly Journal, 1856, t. XXI, p. 215. Homme de 54 ans.

117. Kirmisson. — Bull. Soc. anat., 1874, p. 613. Femme. Epithelioma cylindrique. Ganglions normaux. Cancer du foie.

8. Kraussold. — Sammlung klin. Vorträge, n° 191, p. 1724, et Langenbeck's, Archiv., 1882, t. XXVII, p. 293.

9. Kuster. — Fünf Jahre im Augusta Spital, 1877, p. 175. Homme de 45 ans.

20. Lane. — Med. Times and Gaz., 1858, t. II, p. 628. Femme de 42 ans.

21. Laveran. — Progrès médical, 1875, et Arch. de physiol., 1876.

Homme de 25 ans. Epithelioma cylindrique. Ganglions normaux.
222. LEBERT. — Anat. gén. et spéciale, t. II, p. 318. *Carcinome.*
223. LEDEGANCK. — Annales de la société anat.-path. de Bruxelles, 1871. Homme de 70 ans.
224. LEÏJER. — Hygiea. 1872, t. V, p. 138. Femme de 19 ans.
225. LENEPVEU. — Bull. Soc. anat., 1839, p. 164. Homme de 49 ans.
226. LINDSAY. — Journal of mental sciences, 1867, t. LX, p. 521. Homme de 64 ans.
227. LUKE et GIBBON. — Med. Times and Gaz., 1856, t. II, p. 620. Homme de 60 ans.
228. MACKENZIE. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 806. Homme de 59 ans.
229. MACKENZIE. — Br. med. Journal, 1880, t. I, p. 733. Femme de 61 ans. Ganglions normaux.
230. MALMSTEN. — Canstatt., 1875, t. II, p. 231. Homme de 71 ans.
231. MARKHAM. — Trans. of path. Soc., 1858, p. 213. Femme de 63 ans.
232. MARSHALL. — Med. Times and Gaz., 1880, t. II, p. 433.
233. MARTINI. — Zeitschr. f. Heilkunde, 1880, p. 207. Homme de 46 ans.
234. MONOD. — Bull. Soc. anat., 1868, p. 489. Homme de 42 ans. Epithélioma cylindrique.
235. MORRIS. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 814. Femme de 50 ans. Epithélioma cylindrique.
236. NORTON. — Lancet, 1880, t. II, p. 966. Femme de 44 ans. Epithélioma cylindrique.
237. OKE. — Prov. med. and surg. Journal, 1852. Femme de 35 ans.
238. PEACOCK. — Trans. of path. Soc., 1849, p. 56. Femme de 22 ans.
239. PEYTON-BLAKISTON. — Med. Times and Gaz., 1873, t. II, p. 239.
240. POTAIN. — Journal de méd. et de chir. pratiques, 1880, p. 111. Femme.
241. POTAIN. — Journal de méd. et de chir. pratiques, 1880, p. 111. Femme.
242. PROUST, cité par Robert. — Thèse de Paris, 1880, p. 22. Homme.
243. RAIMBERT. — Bull. Soc. anat., 1837, p. 309. Homme de 71 ans.

44. Reeves. — Association med. Journal, 1853, p. 828. Homme de 78 ans.

45. Reybard. — Bull. Soc. chirurgie, 1880, p. 635. Homme de 28 ans.

46. Robert. — Thèse de Paris, 1880, p. 14. Homme de 48 ans. Epithélioma cylindrique.

47. Rokitansky. — Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien., 1866, t. VI, p. 256. Homme de 50 ans. *Carcinome.*

48. Savory. — Lancet, 1871, t. I, p. 712. Femme de 56 ans.

49. Sayne. — New-York med. Record, 1866, t. II, n° 41.

50. Scarpa. — Supplément au Traité des hernies, p. 61. Homme de 50 ans.

51. Schinzinger. — Centralblatt für chir., 1881, n° 48.

52. Schinzinger. — Centralblatt für chir., 1881, n° 48.

53. Sée (Marc). — Bull. Soc. chir., 1880, p. 631. Femme de 41 ans. Ganglions normaux.

54. Silver et Barwell. — Transact. of clin. Soc., 1879, t. XII, p. 110. Homme de 39 ans. Epithélioma cylindrique.

55. Simon. — Transact. of pathol. Soc., 1848, t. I, p. 264. Femme de 44 ans.

56. Stauss. — Casper's Wochenschrift, 1846, n° 27. Femme de 63 ans.

57. Steiner. — Jahrbücher für Kinderheilkunde, t. VII, p. 2. Garçon de 9 ans.

58. Teale, cité par Erckelens. — Langenbeck's Archiv., 1878, t. XXIII, p. 48 et suiv. Femme de 54 ans.

59. Teale. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 41. Homme de 40 ans.

60. Teale. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 42. Femme de 50 à 60 ans.

61. Thierry. — Annales de la chir. française et étrangère, 1842, p. 198. Homme de 70 ans.

62. Verneuil. — Mém. de Petit, cité par Peyrot. Thèse d'agrégation, 1880, p. 114. Femme de 40 ans.

63 Wahl. — St-Petersb. med. Zeitschrift, 1867, t. XIII, p. 239. Homme.

64. Wahl. — St-Petersb. med. Zeitschrift, 1867, t. XIII, p. 306. Homme.

65. Waldeyer. — Virchow's Archiv., 1872, t. LV, p. 67 ; et Ko-

laczek, Langenbeck's Archiv., 1875, t. XVIII, p. 369. Femme de 29 ans. Epithélioma cylindrique. Ganglions normaux.

266. Walters. — Br. med. Journal, 1879, t. I, p. 812. Femme de 62 ans.

267. Way. — Lancet, 1875, t. I, p. 50. Homme.

268. Wittelshöfer. — Wiener med. Wochenschrift, 1881, p. 185. Homme.

---

269. Albers. — Canstatt, 1844, t. IV. p. 458. Cancer du colon.

270. Blackmann.—Med. Times, 1845, t. XIII, p. 369. Cancer du colon.

271. Cameron. — Glasgow med. Journal, 1880, t. XIII, p. 492. Femme. Cancer du colon.

272. Charon. — Journal de médecine de Bruxelles, 1877, p. 515. Femme de 80 ans. Cancer du colon droit.

273. Charon. — Journal de médecine de Bruxelles, 1877, p. 516. Femme de 47 ans. Cancer du colon gauche.

274. Charon. — Journal de médecine de Bruxelles, 1879, p. 493, Femme de 32 ans. Cancer du colon.

275. Crédé, cité par Madelung. — Langenbeck's Archiv., 1882, t. XXVIII, p. 293. Homme de 23 ans. Noyaux disséminés sur le gros intestin.

276. Damaschino. — Maladies des voies digestives, p. 846. Epithélioma cylindrique.

277. Déjerine. — Bull. Soc. anat., 1879, p. 813. Cancer du colon.

278. King. — Med. Times, 1845, t. XIII, p. 369. Femme de 60 à 70 ans. Cancer du colon.

279. Lieutaud, cité par Besnier. — Des étranglements internes, p. 142. Cancer du colon.

280. Oke. — Prov. med. and surgical Journal, 1852. Cancer du colon.

281. Peacock. -- St-Thomas hosp. reports, 1873, t. IV, p. 208. Homme de 38 ans. Cancer du colon.

282. Rufz. — Bull. Soc. anat., 1833, p. 63. Enfant de 6 ans.

283. Teale. — British med. Journal, 1879, t. I, p. 43. Homme. Noyaux disséminés sur le gros intestin.

284. Verneuil. — Mém. de Petit, cité par Peyrot. Thèse d'agrégation, 1880, p. 113. Femme de 45 ans. Cancer du colon.

285. Knauss. — Vierteljahrschrift für pract. Heilkunde, t. CXX, p. 75. Homme de 26 ans. Cancer de l'intestin avec invagination.

ÉTIOLOGIE

Le cancer de l'intestin sans être absolument rare, n est
as une manifestation commune de la diathèse, et ceci
xplique, en partie, comment, dans des ouvrages spéciale-
ient consacrés à l'étude des maladies cancéreuses, il n'en
st même pas fait mention : cette lacune tient, d'ailleurs,
d'autres causes, et surtout à l'obscurité qui entoure
outes les parties qui composent l'histoire de cette
ffection.

Quoi qu'il en soit, il eût été intéressant de déterminer avec
ne certaine exactitude la fréquence relative de cette loca-
sation du vice cancéreux. Peut-être, aurions-nous pu, en
nregistrant au fur et à mesure de nos recherches biblio-
raphiques, tous les cas de cancer d'un organe déterminé
t convenablement choisi, et comparant le nombre ainsi
btenu au nombre correspondant des cancers de l'intes-
n, arriver à une solution suffisamment approximative
e ce problème, mais nous sommes obligé d'avouer que
e point important de statistique n'a fixé notre attention
u'alors que nos recherches étaient déjà fort avancées et
ue le temps et le courage de les reprendre nous faisaient
galement défaut.

Nous allons essayer de réparer autant que possible cet
ubli en nous servant des chiffres recueillis par quelques-
ns des auteurs qui se sont occupés de cette question.
armi eux, celui qui apporte les renseignements les plus

importants, au moins par le nombre est Tanchou. Cet auteur, en consultant les registres de l'état civil des villes de Paris, Saint-Denis et Sceaux, pour une période de onze ans s'étendant de 1830 à 1840, a pu constater que sur 382,851 décès survenus pendant cette période 9,118 avaient été occasionnés par le cancer.

Dans un tableau, où sont rapportés les nombres correspondants à chaque organe pris en particulier, nous voyons figurer l'estomac pour 2,303 cas, le rectum pour 221 cas, et l'intestin duodénum compris pour 157.

L'intestin entrerait ainsi pour 1|60 environ dans le nombre total des cancers, on compterait 1 cancer de l'intestin pour 15 de l'estomac ; 2 cancers de l'intestin pour 3 du rectum.

Le problème semble absolument résolu. Malheureusement cette solution est basée sur des faits dans l'immense majorité desquels le contrôle de l'examen cadavérique a fait défaut. Or, pour l'intestin, ce contrôle est indispensable. Sur 285 faits, à l'autopsie desquels on a constaté l'existence d'un cancer de l'intestin, 18 fois seulement (1), le diagnostic exact de la nature de l'affection avait été posé pendant la vie.

Partout ailleurs, ou bien, et c'est là presque une règle, aucun diagnostic n'est indiqué, ou bien une erreur a été commise, et tous les accidents observés mis sur le compte d'un volvulus, d'un amas stercoral, d'un ulcère simple de l'estomac, d'un cancer de cet organe, d'une hernie

(1) Obs. 32, 71, 80, 83, 88, 95, 117, 133, 140, 150, 168, 194, 198, 201, 223, 233, 241, 269.

tranglée pour laquelle on pratique la kélotomie, d'une imple entérite, et même d'une intoxication saturnine.

Si donc on peut admettre jusqu'à un certain point les ombres indiqués par Tanchou pour l'estomac et le ectum, celui de 157, assigné à l'intestin, doit être absoument rejeté.

Les chiffres suivants méritent plus de confiance ; sur ,567 décès par le cancer observés à l'hôpital général de 'ienne (1), on compte 143 cancers du rectum et 35 de intestin, soit 1 cancer de l'intestin sur 130 et 1 cancer de intestin pour 4 du rectum.

Cette proportion de 1 cancer de l'intestin pour 4 du ectum, qui résulte d'une statistique hospitalière, basée ur l'examen nécroscopique, et qui d'ailleurs nous paraît ssez conforme à la réalité, peut être admise comme uffisamment exacte, non seulement pour la région où nt été observés les faits sur lesquels elle repose, mais our toutes les autres.

Nous admettrons donc que le cancer du rectum est uatre fois plus fréquent que celui de l'intestin. Si nous ppliquons cette proportion aux chiffres indiqués par 'anchou pour l'estomac et le rectum, et auxquels nous vons accordé une valeur approximative, nous trouvons u'au lieu de 157 cancers de l'intestin, on ne doit plus en ompter que 55, et que pour un cancer de l'intestin on en eut compter 42 de l'estomac.

Ces quelques indications tout incomplètes qu'elles sont

(1) Leichternstern. Ziemssen's Handbuch der speciellen Path. unc Therap., . VII, p. 522.

donnent cependant une idée de la fréquence relative de l'affection que nous étudions, et aussi de l'étendue des recherches auxquelles nous avons dû nous livrer pour réunir les 289 faits sur lesquels est basé notre travail et de l'examen desquels nous allons tirer d'autres notions étiologiques beaucoup plus sûres.

Et d'abord le sexe a-t-il une influence sur le développement du cancer de l'intestin ? Les différents résultats indiqués à cet égard par les auteurs ne sont pas très concordants, ils sont d'ailleurs fondés sur un nombre de faits trop restreint pour offrir un degré suffisant de certitude.

Notre tableau nous paraît donner à cette question la réponse qu'on est en droit d'en attendre. Pour 125 cancers de l'intestin observés chez l'homme, nous en trouvons 119 chez la femme, soit une légère différence en faveur de l'homme, qui permet cependant de conclure que le cancer de l'intestin présente chez les deux sexes la même fréquence.

Si l'influence du sexe sur le développement du cancer de l'intestin peut être considérée comme nulle, il n'en est pas de même de l'âge dont l'influence est, au contraire, extrêmement marquée.

Sur un total de 217 cas, dans lesquels l'âge est indiqué, nous trouvons en effet :

De 1 à 9 ans..............	5 cas.
De 10 à 19 ans..............	4 —
De 20 à 29 ans..............	24 —
De 30 à 39 ans..............	38 —
De 40 à 49 ans..............	46 —
De 50 à 59 ans..............	51 —
De 60 à 69 ans..............	31 —
De 70 à 79 ans..............	16 —
De 80 à 83 ans..............	2 —

Le plus jeune de nos malades avait 3 ans, le plus âgé 3, aucun âge donc n'est absolument à l'abri du cancer e l'intestin, mais avant 20 ans et après 70 ans, il est ositivement fort rare. A peu près aussi fréquent de 20 à 9 ans que de 60 à 69 ans, on le rencontre surtout entre 0 et 59 ans, et cette période pour laquelle nous avons un ombre de faits (136) notablement supérieur à celui (81) e toutes les autres réunies, peut être considérée comme a période du cancer de l'intestin.

Si les deux sexes au lieu d'être réunis, comme nous avons fait dans le tableau ci-dessus, étaient examinés solément, les résultats précédents subiraient quelques nodifications trop peu importantes pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage.

Pour le cancer de l'intestin, comme pour celui de tous es autres organes, il n'existe qu'une seule cause dont la ature nous est d'ailleurs parfaitement inconnue : la prédisposition.

Il est assez difficile de séparer de la prédisposition une irconstance dont l'influence sur le développement du caner a été, avec raison croyons-nous, admise par tous les uteurs ; nous voulons parler de l'hérédité. Voyons ce que ious apprennent à ce sujet pour le cancer de l'intestin, les bservations malheureusement trop peu nombreuses dans esquelles il existe à cet égard quelques indications. Elles ont au nombre de 37 seulement, dont 26 avec absence de out antécédent, soit cancéreux, soit tuberculeux, et 11 vec des antécédents ou cancéreux (9 cas) ou tuberculeux

(3 cas) ou à la fois cancéreux et tuberculeux (1 cas).

L'existence du cancer a été notée 5 fois (1) chez le père ou la mère des malades, 6 fois (2) chez le frère ou la sœur. Dans deux cas (3) il existait dans les deux générations. A cet égard l'observation de Reybard est également fort remarquable ; elle se rapporte à un homme de 28 ans dont « une sœur et deux frères ont subi la fatale influence de la même maladie que leur avait transmise leur père, mort lui-même d'une affection carcinomateuse aux testicules. »

Dans 1 cas (4) on a noté l'existence simultanée du cancer chez une sœur et de la tuberculose chez 3 frères. La tuberculose seule est signalée dans un cas de cancer du colon transverse (5) observé chez une fille vierge dont deux frères sont morts phthisiques.

Enfin, dans une observation (6) l'existence simultanée de la tuberculose et de la scrofule est notée en ligne descendante. C'est un homme de 42 ans dont une des filles a succombé à la tuberculose pulmonaire, dont l'autre est porteuse d'une tumeur ganglionnaire du cou.

On ne saurait, croyons-nous, tirer des faits précédents aucune conclusion numérique ; ils démontrent toutefois que l'importance de l'hérédité considérée comme cause prédisposante du cancer de l'intestin ne saurait être niée.

Nous devons ici citer trois faits dans lesquels le cancer an-

(1) Obs. 71, 94, 128, 245, 273.
(2) Obs. 37, 87, 94, 99, 120, 245.
(3) Obs. 94, 245.
(4) Obs. 87.
(5) Obs. 127.
(6) Obs. 150.

érieur existait chez les malades eux-mêmes. Il s'agit de rois femmes opérées de cancer du sein à une époque qui, our deux d'entre elles (1), n'est pas indiquée, mais qui pour a troisième remonte à 12 ans.

C'est dans ce dernier cas (2), une femme de 46 ans, célibataire, atteinte d'un cancer du colon descendant, et ont l'observation est rapportée par le médecin lui-même ui douze ans auparavant avait pratiqué chez elle l'amputation du sein. Doit-on dans ce dernier cas considérer le cancer de l'intestin comme une production secondaire dépendant de la tumeur du sein extirpée douze ans auparavant? L'espace si considérable qui sépare les deux accidents, l'absence de toute récidive, signalée dans l'observation, rendent cette hypothèse peu admissible, et tout porte à croire que c'est à un véritable cancer primitif de l'intestin qu'on a eu affaire.

Nous ne mentionnerons même pas les nombreuses circonstances auxquelles on a attribué de tout temps une influence quelconque sur le développement du cancer. Chacune d'entre elles, les chagrins prolongés, les travaux intellectuels excessifs, l'aliénation mentale, le célibat, l'alcoolisme, etc. etc., est représentée dans notre tableau par un fait, quelquefois par deux; par contre, nous ne croyons pas avoir rencontré un seul cas de cancer de l'intestin observé chez un syphilitique, à moins toutefois que le rétrécissement syphilitique du colon transverse avec gommes de foie, constaté par Barwell (3) à l'autopsie d'un

(1) Obs. 6, 271.
(2) Obs. 166.
(3) Med. Times and Gaz., 1878, t. I, p. 476.

homme de 42 ans, syphilitique avéré, mort d'étranglemen interne, ne soit en réalité un cancer de l'intestin.

L'aliénation mentale, à laquelle nous faisions allusion plus haut, ou au moins une forme d'aliénation mentale; semble avoir pris naissance sous l'influence même d'un cancer de l'intestin chez une femme de 38 ans (1), prétendant être enceinte depuis deux ans, se plaignant de douleurs abdominales qu'elle attribue à sa grossesse, dont elle explique l'intensité toujours croissante en disant que son enfant grossit et lui dévore les entrailles, et à l'autopsie de laquelle on découvrit avec étonnement, un cancer occupant toute la moitié droite du colon transverse.

Ce qui précède démontre surabondamment notre ignorance presque absolue des circonstances susceptibles de mettre en jeu la prédisposition cancéreuse quand elle existe. Nous ne sommes pas beaucoup plus avancés dans la connaissance des causes capables de déterminer la localisation intestinale de la diathèse. On a cité parmi ces dernières la constipation habituelle et les violences extérieures.

La constipation habituelle a été notée dans un certain nombre de faits, mais surtout chez des femmes, ce qui lui enlève une grande partie de sa valeur. Elle nous paraît cependant mériter au seul point de vue de la localisation du cancer, dans telle portion du tube instestinal plutôt que dans telle autre, plus d'attention qu'il ne lui en a été accordé jusqu'ici. Nous reviendrons d'ailleurs un peu plus loin sur ce point.

(1) Obs. 122.

Les violences extérieures, auxquelles le vulgaire a de
ut temps attribué une influence considérable sur le dé-
loppement de toutes les affections cancéreuses sont re-
résentées dans notre statistique par un petit nombre de
its sur lesquels nous demandons la permission de nous
rrêter un instant.

Ces faits sont au nombre de cinq.

Dans l'un (1) c'est une femme de 51 ans atteinte d'un
ancer de l'iléon et dont les accidents sont survenus après
ne chute du haut d'une voiture sur le côté droit du
entre.

Dans un autre cas (2) c'est une femme de 25 ans, por-
use d'un cancer du cœcum et qui, un an auparavant, s'est
eurtée à la région ileo-cœcale.

Dans le troisième cas (3), il s'agit encore d'une femme
nez laquelle un coup assez violent porté sur le côté
auche du ventre fut suivi du développement d'un cancer
e l'S iliaque avec envahissement de la peau et formation
'un anus contre nature.

Les deux derniers cas ont été observés chez des hommes :
ans l'un (4) c'est un garçon de 31 ans, ayant reçu 5 mois
vant son entrée à l'hôpital sur la moitié droite de l'abdo-
nen un coup violent de timon de voiture à la suite duquel
se développa chez lui un cancer de la paroi postérieure
u cœcum avec envahissement de la peau et fistule ster-

(1) Obs. 7.
(2) Obs. 82.
(3) Obs. 265.
(4) Obs. 47.

corale consécutive ; dans l'autre fait (1) qui diffère des précédents par la durée fort longue du traumatisme, il s'agit d'un homme de 51 ans atteint d'un cancer du colon transverse. Depuis plus de 20 ans une des occupations de cet homme consistait à nettoyer deux fois par semaine un tuyau horizontal servant à l'écoulement des huiles. Pour cette opération dont la durée était de une heure environ, il se servait d'un levier de fer dont l'extrémité appuyait fortement sur un point de la paroi abdominale correspondant exactement au siège du cancer.

Nous n'ignorons pas la disposition qu'ont les malades à rattacher à une cause extérieure l'affection dont ils sont atteints ; et cependant, les faits qui précèdent rapprochés des considérations qui vont suivre sur la fréquence beaucoup plus grande du cancer dans les parties les plus inférieures du tube intestinal ne nous permettent pas de nier absolument l'action au moins localisatrice des violences extérieures sur le cancer de l'intestin.

Les différentes portions de l'intestin, envisagé comme nous l'avons fait, sont bien loin en effet de présenter une aptitude égale à subir la dégénération cancéreuse. L'intestin grêle dont la longueur vaut près de 5 fois celle du gros intestin ne figure que pour 28 cas sur un total de plus de 280 ; d'où l'on peut conclure que pour un cancer de l'intestin grêle on en observe 9 ou 10 du gros intestin.

Mais ce n'est pas tout, la fréquence du cancer si différente dans l'intestin grêle et le gros intestin présentera

(1) Obs. 109.

es variations considérables suivant que l'on considèrera
l ou tel point de ces deux grandes divisions ; notre sta-
stique donne à cet égard des résultats intéressants que
ous reproduisons ici sous forme de tableau :

Cancer	du jejunum	4	cas.
—	de l'iléon	21	—
—	du cœcum	48	—
—	du colon ascendant	22	—
—	de l'angle hépatique	8	—
—	de l'arc du colon	26	—
—	de l'angle splénique	10	—
—	du colon descendant	29	—
—	de l'S iliaque	100	—

Un premier coup d'œil jeté sur ce tableau montre im-
nédiatement que d'une façon générale, le cancer aug-
nente de fréquence à mesure que l'on se rapproche de la
artie inférieure du tube digestif : pour 4 cancers du jeju-
um, nous en avons 21 de l'iléon dont 4 pour sa partie ini-
ale et 10 pour sa portion terminale; pour 70 cancers du
olon droit, nous en trouvons 129, près du double pour
colon gauche.

Ce fait remarquable, s'explique assez bien selon nous,
ar l'irritation que des matières de moins en moins fluides
xercent sur les parois d'un canal dont le diamètre devient
e plus en plus étroit.

L'intestin grêle, soumis à des frottements continuels,
éparé seulement par des parois abdominales plus ou
noins épaisses de l'action des corps extérieurs, échappe le
lus souvent à l'altération parce que les matières plus ou
noins liquides qu'il contient n'exercent sur ses parois que
es frottements peu marqués et n'entravent en rien la

circulation de ces dernières. En même temps que les matières intestinales perdent de leur fluidité, nous voyons la fréquence du cancer aller en augmentant. Déjà pour quatre cancers de la partie initiale de l'iléon, nous en avons dix siégeant à son extrémité inférieure, dont un avec envahissement de la face correspondante de la valvule (1).

Arrivées au niveau de cette dernière, les matières ne présentent pas encore la consistance qu'elles acquerront plus tard dans l'S iliaque ; elles ont en revanche à franchir un véritable défilé constitué par les lèvres de la valvule iléo-cœcale. Ainsi s'expliquent, le nombre relativement considérable des cancers du cœcum, et la fréquence des cas dans lesquels le cancer a débuté par la valvule y restant localisé ou partant d'elle pour envahir les parties voisines du cœcum et de l'intestin grêle.

Sur trente-quatre faits de cancer du cœcum dont l'observation contient sur ce point des détails suffisants, nous n'en trouvons pas moins de sept (2) dans lesquels le cancer est resté limité à la valvule, dans l'un d'eux (obs. 53), les lèvres de ce repli ont été seules envahies : dans dix-huit autres faits, la valvule est dégénérée dans toute son étendue ou complètement détruite.

Ces vingt-cinq observations permettent, croyons-nous, d'admettre que, dans la majorité des cas, c'est par la valvule iléo-cœcale que le cancer commence.

8 fois seulement le néoplasme paraît avoir pris son

(1) Obs. 20.
(2) Obs. 35, 37, 41, 45, 53, 68, 70.

oint de départ en dehors de la valvule : dans 3 cas (1) où lle est restée intacte et comme encadrée par la tumeur ccupant le corps du cœcum, dans 4 autres (2) où la éoplasie est restée absolument localisée dans l'appendice, t dans un dernier fait (3) dans lequel l'état de la valvule 'est pas clairement indiqué, mais où le cancer paraît voir également pris naissance dans l'appendice iléo-cœcal.

Dans le cancer partant, soit de la valvule, soit du corps e l'organe, l'appendice iléo-cœcal est tantôt épargné, intôt envahi. Il avait complètement disparu dans deux faits apportés l'un par Gelez (4), l'autre par Lemaître (5). Le remier de ces deux auteurs ajoute que cet objet était robablement absent, ainsi que cela arrive quelquefois. ous avons pu nous-même en constater l'intégrité absolue ans le fait qui est l'objet de l'observation 32.

L'état de l'intestin grêle est indiqué dans un certain ombre d'observations. Pour 8 cas dans lesquels il a é touché sur une étendue plus ou moins considérable, ous en trouvons 12 dans lesquels il est resté absolument tact; un en particulier (6) dans lequel le cancer occupait ut le corps du cœcum et la face de la valvule tournée rs le gros intestin, tandis que la face tournée vers l'in-stin grêle était restée parfaitement normale.

Nous devons, avant de passer à l'étude de l'anatomie pa-

(1) Obs. 38, 39, 47.
(2) Obs. 64, 65, 66, 67.
(3) Obs. 29.
(4) Obs. 40.
(5) Obs. 54.
(6) Obs. 58.

thologique proprement dite du cancer de l'intestin, revenir quelques instants sur un point que nous n'avons pas encore mis en lumière : nous voulons parler du nombre considérable des cancers observés à l'S iliaque. Il s'élève à 100, c'est-à-dire à un peu plus d'un tiers du nombre total des faits que nous avons réunis.

Comment expliquer cette prédominance du cancer dans la portion iliaque de l'intestin, autrement que par l'action irritante exercée par des matières dures et condensées, sur les parois de l'S iliaque dont la forme si caractéristique est en rapport avec le ralentissement qu'y subit le cours des matières. Celles-ci parvenant sans cesse à l'extrémité inférieure du tube digestif et n'étant expulsées qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, s'y accumulent, le distendent et en entravent la circulation.

C'est pour cette raison, que le malgré le petit nombre des observations où le fait est signalé, nous avons accordé une influence au moins localisatrice à la constipation habituelle.

A l'appui de notre opinion, nous reproduisons le fait suivant rapporté par Waldeyer (1) dans lequel un cancer de l'intestin grêle semble s'être développé sous l'influence de l'irritation exercée sur les parois intestinales par le pédicule perdu d'un kyste de l'ovaire.

Il s'agit dans ce fait d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle Spiegelberg pratiqua le 14 février 1866, l'extirpation d'un kyste de l'ovaire gauche.

(1) Virchow's. Archiv., 1878, t. LV, p. 114.

Pendant l'opération, on ne découvrit en dehors du kyste rien d'anomal dans la cavité abdominale.

A la suite de l'opération il se développe un exsudat pelvipéritonitique qui repousse par en bas la paroi antérieure du rectum, et détermine plusieurs semaines durant des troubles de la défécation et du ténesme.

L'état s'améliore cependant, et le trentième jour qui suit l'opération, la malade quitte l'hôpital. Elle a repris des forces, de l'embonpoint et peut se remettre à ses occupations habituelles. Cet état satisfaisant persiste pendant les neuf mois qui suivent. Alors survient une constipation opiniâtre contre laquelle tous les moyens thérapeutiques viennent bientôt échouer, en même temps il se produit un amaigrissement rapide. L'utérus ne présente rien d'anomal, mais le cul-de-sac recto-utérin est occupé par une tumeur solide. La menstruation reste régulière jusqu'à la fin et la malade meurt le 20 juin 1867 dans le marasme.

A l'autopsie de la cavité abdominale qui fut seule autorisée, on constata ce qui suit : adhérences à la cicatrice abdominale de l'épiploon et d'une anse intestinale. Cancer de l'intestin grêle, noyaux secondaires dans le foie, dans les ganglions abdominaux, adhérence d'une anse cancéreuse avec le rectum et le pédicule du kyste.

La plus grande portion de l'intestin grêle est mobile dans la cavité abdominale. La partie la plus inférieure de l'iléon est, sur une étendue de trois pieds environ, envahie par des noyaux cancéreux nombreux et forme par l'acco-

lement de ses différentes parties une sorte de paquet qui ferme complètement l'entrée du petit bassin.

L'ovaire droit est normal. Au point où devrait siéger l'ovaire gauche, on trouve le reste facilement reconnaissable du pédicule large de un centimètre environ, long de deux et entouré de tous côtés par des masses dégénérées.

La néoplasie n'a pas d'ailleurs envahi sa partie centrale. L'altération la plus marquée des anses intestinales répond à l'extrémité du pédicule; la paroi intestinale y est en plusieurs points envahie tout entière et en partie exulcérée. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le langage des auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique du cancer de l'intestin n'a pas sensiblement varié depuis Lebert jusqu'à l'époque actuelle. C'est toujours au carcinôme et à ses variétés, squirrhe, encéphaloïde et colloïde, que les auteurs classiques les plus récents attribuent la plupart des faits; et c'est à peine, si dans ce partage ils font une petite place à l'épithelioma cylindrique.

Ce dernier compte cependant quelques rares défenseurs et Cornil et Ranvier reconnaissent dans leur Manuel (1) que l'épitheliome à cellules cylindriques est l'une des tu-

(1) P. 862.

ıeurs les plus communes de l'intestin grêle et du gros ıtestin.

Nous ne voulons pas toucher ici avec notre incompé-›nce à la question capitale de l'origine du cancer et in-ərvenir dans la lutte soutenue depuis bien des années par 'épitheliome, exagération quantitative de la reproduction ellulaire qui se poursuit incessamment à l'état physio-ıgique, contre le carcinôme conjonctif avec son tissu pécifique, sans analogue dans l'économie : nous nous ɔntenterons de dire que c'est sans étonnement que nous vons vu les faits venir démontrer l'origine exclusivement pithéliale du cancer de l'intestin.

Celles de nos observations dans lesquelles l'examen mi-rospique a été pratiqué sont au nombre de 73. Pour 43 'entre elles, le diagnostic d'épithelioma cylindrique a été ettement posé. Voilà donc dès à présent en faveur de épithelioma une belle majorité à laquelle on ne peut retran-ıer une seule non-valeur. Examinons s'il en est de même ɔur les 30 cas dans lesquels les auteurs n'ont pas reconnu présence de l'élément caractéristique de l'épithelioma.

Parmi ces derniers, il en est d'abord 4 rapportés par lharon de Bruxelles (1), dans lesquels l'examen microsco-ique a porté sur de la matière colloïde rendue par le rec-ım, ne présentant plus aucune trace d'éléments cellu-.ires et pouvant appartenir aussi bien à un épithélioma u'à un carcinôme. Restent 26 faits auxquels l'objection récédente ne peut être opposée; mais 2 de ces faits

(1) Obs, 113, 272, 273, 274.

appartiennent à Lebert, 6 à Rokitansky, et il nous sera bien permis de regarder au moins comme indécis le résultat d'un examen microscopique fait par deux anatomo-pathologistes du plus grand mérite, mais auxquels l'existence même de l'épithelioma cylindrique parait être restée inconnue. Restent donc 18 carcinômes seulement en regard d'un nombre plus que double d'épithéliomas. Mais ici une autre considération doit être présentée qui prouve que cette proportion n'est pas encore la véritable. Examinons en effet les dates de nos observations et nous pourrons facilement nous convaincre de l'existence d'un fait important : le *carcinôme* intestinal devient de plus en plus rare à mesure que l'on s'approche davantage de l'époque actuelle. Si nous ne tenons compte de chaque côté que des faits observés depuis 1875, nous voyons le nombre des carcinômes descendre à 8, tandis que celui des épithéliomes se maintient à 26. Si nous rapprochons encore notre point de départ et si de 1875 nous le reportons à 1879, c'est 3 carcinômes seulement que nous voyons rester debout en face de 24 épitheliomas cylindriques. Il nous semble que cette marche si rapidement décroissante du carcinôme démontre suffisamment sans même que l'on entre dans l'examen des faits, que le *carcinôme* de l'intestin est destiné à disparaître. Nous croyons donc pouvoir légitimement conclure de cette discussion que tous les variétés de cancer de l'intestin admises jusqu'à présent doivent être ramenées à une seule : l'épithélioma cylindrique.

Nous donnerons donc du cancer de l'intestin la définition suivante : *Le cancer de l'intestin est l'épithélioma cylindrique de cet organe.*

Developpement et structure de l'épithélioma cylindrique de l'intestin.

Quelle que soit la forme sous laquelle se présente l'épithélioma de l'intestin, noyaux disséminés en nombre variable sur une étendue plus ou moins grande du canal intestinal, plaque occupant une portion seulement du calibre de l'organe, anneau plus ou moins long, plus ou moins épais ; sous chacun de ces aspects, le développement histologique du cancer est identique, et c'est l'examen de ce point important qui va d'abord fixer notre attention..

Que se passe-t-il en effet dans un point de l'intestin où va se développer l'épithéliome? Le premier phénomène que l'on observe, et que l'on peut d'ailleurs constater facilement sur les limites de la néoplasie, c'est une augmentation de volume des cellules épithéliales des glandes de Lieberkühn et un allongement de ces glandes.

Il se produit ainsi un épaississement considérable de la couche glandulaire, les glandes conservant au début et leur forme et leur membrane propre. Mais bientôt, d'autres altérations se produisent : des bourgeons épithéliaux partis du fond des culs-de-sac glandulaires, rayonnent dans toutes les directions, envahissent le tissu conjonctif sous-muqueux, opérant ainsi un véritable décollement de la muqueuse qui peut conserver son aspect habituel alors que les parties sous-jacentes sont envahies, ce qui, soit dit en passant, explique l'erreur des anciens anatomo-pathologistes plaçant obstinément dans la couche sous-

muqueuse le point de départ du cancer; pénètrent les couches musculeuse, sous-séreuse et séreuse, traversent souvent cette dernière, contractant ainsi avec les organes voisins des adhérences auxquelles succèdent à un moment donné des communications anomales sur lesquelles nous reviendrons dans la suite.

Ce n'est pas tout ; le tissu conjonctif périglandulaire ne demeure pas, on le pense bien, indifférent au milieu de ce travail épithélial qui se fait tout autour de lui. Il se manifeste bientôt entre les culs-de-sac glandulaires une infiltration cellulaire abondante, accompagnée d'une néoformation vasculaire des plus accusées, qui les écarte, les uns des autres, les pousse dans toutes les directions les environne de tous côtés, les coupant de leur partie supérieure et les isolant ainsi dans ce tissu, de nouvelle formation.

En même temps donc que les culs-de-sac glandulaires vont en s'enfonçant davantage dans l'épaisseur des tuniques intestinales, le tissu conjonctif périacineux bourgeonne de tous côtés et surtout vers la surface libre de l'intestin, donnant ainsi naissance soit à des végétations papilliformes d'un gris rougeâtre, variables de longueur, terminées en pointe, ou renflées en massue, soit à un nombre plus ou moins grand de saillies nummulaires entourées des végétations précédentes, ou implantées au contraire sur une muqueuse absolument saine.

Ces saillies, dont les dimensions sont variables et qui peuvent atteindre le volume d'une noix (1) ou d'un petit

(1) Obs. 195.

əuf (1), présentent une coloration plus blanche au centre, lus rouge à la périphérie, une surface externe, non pas sse, mais assez superficiellement lobée, et recouverte de rolongements papilliformes ayant chacun une anse vasulaire à leur centre.

Ces champignons cancéreux sont souvent implantés à ı surface de l'intestin par une partie plus rétrécie, par ne sorte de pédicule, et l'on conçoit parfaitement qu'ils uissent, à un moment donné, prendre l'aspect de véritales polypes appendus dans l'intérieur du canal intestinal, insi que Cruveilhier (2) en a rapporté un exemple fort əmarquable, auquel le contrôle de l'examen microscopiue fait malheureusement défaut.

Ou bien les bourgeons dont nous venons de parler ne résentent à leur surface libre aucune ulcération, ou bien, e qui est beaucoup plus fréquent, il existe à leur centre ne dépression plus ou moins accusée, une sorte de crare autour duquel le reste de la petite tumeur constitue ne sorte de rempart qui descend insensiblement vers la uqueuse saine environnante.

Il peut n'exister à la surface interne de l'intestin qu'un əul de ces anneaux cancéreux qui constitue ainsi toute la sion, ou bien il en existe un grand nombre absolument olés les uns des autres, ou bien, et c'est là ce que l'on oserve dans l'immense majorité des cas, quelques-uns ə ces anneaux se réunissent par leurs bords donnant ainsi

(1) Obs. 84.
(2) Obs. 9.

naissance à une ulcération serpigineuse ou annulaire dont l'aspect est véritablement caractéristique.

La consistance de l'épithélioma cylindrique de l'intestin varie suivant la proportion des deux tissus, épithélial et conjonctif, qui entrent dans sa composition. Les bourgeons et les végétations d'un rouge gris que nous avons signalés dans ce qui précède, et que l'on rencontre en général à la face interne d'un intestin cancéreux, présentent le plus habituellement une certaine mollesse signalée dans un grand nombre d'observations, mollesse d'autant plus marquée que le tissu conjonctif périacineux est plus rare, et que l'on ne saurait, comme l'ont fait certains auteurs, mettre tout entière sur le compte du ramollissement cadavérique. Dans les points, au contraire, où le stroma est prédominant, la consistance de la tumeur s'accroît et elle s'accroîtra d'autant plus que les bourgeons épithéliaux seront plus rares.

Les végétations et les bourgeons dont nous venons de parler sont habituellement riches en suc lactescent que l'on fait sourdre facilement sur une surface de section du tissu où il est compris, soit par le raclage, soit par la simple pression exercée avec les doigts.

Lorsqu'on examine ce liquide au microscope, on y constate la présence d'une grande quantité de cellules cylindriques présentant assez souvent à leur surface libre un bord à double contour. On a noté dans une seule observation (1) la présence sur cette surface libre de cils vibra-

(1) Obs. 221,

iles, qui n'étaient vraisemblablement autre chose que les tries perpendiculaires ou canalicules très fins que l'on bserve à la surface libre des cellules épithéliales de l'in- estin normal.

Les cellules dont il s'agit sont plus ou moins allongées, ontenant un, quelquefois deux noyaux ovoïdes. Elles ont libres ou soudées par leurs bords latéraux, formant insi soit des rangées, soit des groupes arrondis ou ova- aires et présentant alors tous leurs bords libres sur la même ligne limitée par un double contour. Cette figure est ssez caractéristique par elle-même, pour qu'on puisse ffirmer dès lors qu'on a affaire à un épithélioma cylindri- que et on ne manque jamais de l'observer si l'examen du iquide est fait avec des précautions suffisantes et si on a oin de ne pas exercer sur les lamelles une pression trop onsidérable.

Il faut ajouter que, à côté des cellules cylindriques, on n observe d'autres, de forme plus ou moins irrégulière, ar- ondies ou polygonales, possédant un ou plusieurs noyaux valaires, ce qui explique l'erreur commise par un grand ombre d'observateurs auxquels cette polymorphie des ellules faisait croire qu'il s'agissait d'un carcinôme alors u'ils avaient sous les yeux un épithélioma cylindrique.

Mais c'est surtout l'examen de la pièce durcie qui fera ien connaître la nature histologique de la tumeur. On erra alors sur une coupe mince un stroma conjonctif plus u moins abondant, épais sur certains points, très délicat ans d'autres, toujours richement pourvu de vaisseaux anguins subissant parfois une véritable dilatation qui

aboutit à des ruptures hémorrhagiques. Ce stroma circonscrit des mailles inégales de forme et de dimensions. De ces mailles les unes sont petites, arrondies ou ovalaires, les autres grandes, irrégulières, à bords quelquefois irrégulièrement dentelés et résultant alors très probablement de la fusion des premières.

La paroi de toutes ces lacunes est tapissée par une couche unique de cellules cylindriques à gros noyaux, implantées perpendiculairement au stroma sans interposition d'aucune membrane glandulaire, caractère histologique important et qui sert à différencier l'épithélioma d'avec l'adénôme cylindrique dans lequel cette membrane est conservée.

Tantôt les extrémités internes des cellules épithéliales sont en contact; toute lumière a alors disparu au centre des mailles, et pour peu que cette disposition se maintienne sur une étendue plus ou moins considérable de la coupe, et que les cellules aient par pression réciproque perdu jusqu'à un certain point leur forme caractéristique, on a l'aspect habituel du carcinôme alvéolaire.

Lorsqu'au contraire les extrémités internes des cellules sont libres, il reste au centre de chaque maille un espace tantôt absolument vide, tantôt, et plus souvent, comblé partiellement par des molécules albuminoïdes résultant de la destruction des cellules de la paroi, ou bien encore par des cellules multinucléaires parfaitement conservées mais dont l'aspect s'écarte absolument du type cylindrique.

A côté de ces mailles plus ou moins arrondies il n'est pas rare d'observer des tubes allongés dont la paroi con-

stituée par le stroma conjonctif périacineux est revêtue également d'une couche unique de cellules épithéliales cylindriques; dont l'extrémité supérieure se continue parfois très nettement avec une glande voisine, tandis que l'extrémité inférieure pénètre plus ou moins loin dans l'épaisseur des tuniques intestinales, allant même quelquefois s'aboucher directement dans un conduit lymphatique ainsi que Waldeyer a pu le constater (1).

Tel est l'aspect de l'épithéliome cylindrique de l'intestin considéré à sa période initiale, il nous reste à dire quelques mots d'une altération que l'on rencontre à un degré plus ou moins avancé dans le plus grand nombre des cancers de l'intestin ; nous voulons parler de l'altération colloïde.

Cette altération si fréquente dans l'épithélioma de l'intestin, qu'il n'est pour ainsi dire point de cas dans lequel elle fasse absolument défaut, consiste dans l'envahissement d'une portion plus ou moins étendue de la tumeur par une substance dite colloïde, quelquefois incolore, présentant dans d'autres une coloration rougeâtre ou légèrement rosée due aux vaisseaux assez nombreux par places qui la traversent, le plus souvent d'un jaune verdâtre, rappelant la coloration du miel plus ou moins frais, et dont l'aspect, la transparence et la consistance diffèrent à peine de ceux d'une gelée ou mieux encore d'une colle d'amidon (2).

Cette dégénération résulte d'une transformation des

(1) Virchow's Archiv., 1872, t. LV, p. 112.
(2) Obs. 51.

cellules épithéliales bientôt suivie de leur destruction, et, ce qui le prouve, c'est qu'on voit le nombre des cellules épithéliales diminuer dans les alvéoles, en même temps que la masse colloïde qui les distend devient plus volumineuse.

Le point de départ de la transformation se trouve dans le protoplasma de la cellule. On peut, en effet, sur de bonnes préparations reconnaître la présence d'un noyau au sein de petites masses colloïdes formant par leur réunion un petit territoire cellulaire où elles se trouvent séparées les unes des autres par de fins contours, et qui présentent souvent une disposition concentrique indiquant une dégénération progressive, allant probablement de la périphérie au centre (1).

Les cellules, ainsi envahies, finissent par se transformer en vésicules transparentes dont le diamètre peut atteindre un vingtième, un dixième et même un cinquième de millimètre (2), et se détachent successivement de la paroi des tubes pour tomber dans leur cavité. On peut retrouver alors une bordure de cellules cylindriques limitant une cavité remplie de matière colloïde et de débris de cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse, que l'on voit habituellement associée à la transformation colloïde.

D'autres fois, les cellules pariétales cylindriques sont complètement dégénérées, et la petite cavité qui les contient n'a plus aucun caractère de l'épithéliome cylindrique.

On conçoit que le diagnostic puisse, en pareil cas, pré-

(1) Waldeyer. Loc. cit., p. 112.
(2) Obs. 222.

senter des difficultés, être même quelquefois impossible, et que la confusion avec le carcinôme colloïde commise par un grand nombre d'auteurs soit difficile à éviter, si l'on n'a le soin d'examiner avec la plus grande attention les parties de la tumeur qui n'ont encore pris l'aspect colloïde.

« Au premier abord, lisons-nous dans une observation fort intéressante rapportée par Giamboni, l'aspect franchement aréolaire, les cellules globuleuses emprisonnées dans la matière colloïde qui distend les alvéoles presque tous régulièrement arrondis peuvent faire croire à un carcinôme colloïde ; mais un examen plus complet montre la nature épithéliale de la tumeur (1). »

Le stroma peut dans certains cas n'être pas modifié, mais le plus souvent il est, lui aussi, atteint par la dégénération. Les travées conjonctives vont alors s'amincissant toujours davantage, et finissent même par subir une destruction complète.

C'est ainsi que se forment par fusion d'un nombre plus ou moins grand d'alvéoles, ces cavités visibles à l'œil nu, remplies de matière colloïde, et limitées par des travées conjonctives ayant conservé leur épaisseur normale. C'est en pareil cas que l'aspect largement aréolaire de la tumeur lui donne sur une coupe ou à sa face libre une ressemblance plus ou moins parfaite avec la tranche d'une grenade (obs. 25) ou avec une ruche d'abeilles à cellules irrégulières et de dimensions fort différentes, arrondies pour

(1) Obs. 198.

la plupart, présentant plus rarement l'aspect de fentes (1).

L'altération colloïde dont nous venons de rappeler les caractères, ne présente pas nécessairement la marche rapide et envahissante qu'on lui attribue généralement.

Dans certains cas, il est vrai, elle s'étend à une portion considérable de l'intestin, elle commence à 6 centimètres au-dessus de l'S iliaque pour finir à 4 centimètres au-dessous, ayant envahi sur toute cette longueur toute l'épaisseur des parois intestinales (2).

Dans un autre cas (3) ce sont plusieurs anses intestinales grêles, formant par leur réunion une tumeur volumineuse, et dans lesquelles la dégénération est telle qu'il est impossible de reconnaître à l'œil nu aucune des tuniques de l'intestin.

« On trouve au milieu des adhérences de petits amas de matière colloïde qui se rompent avec la plus grande facilité sous une légère pression ; et cependant on ne rencontre aucune trace de cette matière libre dans la cavité péritonéale ».

Cette dernière particularité que nous n'avons trouvée signalée dans aucun cas de cancer primitif de l'intestin, existait à un degré prononcé dans un cas de cancer, parti de l'ovaire gauche et ayant secondairement envahi et l'intestin grêle et le gros intestin (4).

Dans d'autres cas, la tumeur quoique volumineuse et pouvant mesurer comme dans l'observation 51, 12 centi-

(1) Obs. 51.
(2) Obs. 222.
(3) Obs. 25.
(4) Hilton. Guy's Hosp. Rep., t. VIII, p. 175.

mètres de long sur 9 de large, et 3 ou 4 d'épaisseur, ne présente cependant qu'à sa face interne, la dégénération dont il s'agit. Ailleurs, elle est beaucoup plus limitée, n'occupant (1) que quelques points isolés dans l'épaisseur de la tumeur, ou formant à sa face péritonéale seulement plusieurs kystes contenant de la matière colloïde incolore et transparente, alors que la tumeur est constituée dans presque tout le reste de son étendue par un tissu blanc, bleuâtre, criant sous le scalpel (2).

Il existe enfin des faits dans lesquels il ne semble pas qu'aucun point de la tumeur présente l'altération dont il est question, alors cependant qu'il s'est écoulé de la matière colloïde par un anus artificiel pratiqué pendant la vie, et qu'on en trouve après la mort à l'état de liberté dans l'intérieur de l'intestin (3).

La matière colloïde, en effet, n'adhère que fort peu aux parois des petites cavités qui la contiennent; elle s'en va sous le lavage, et pour peu que l'altération soit superficielle, et que la substance colloïde soit à nu dans la cavité intestinale, on conçoit qu'elle puisse être retrouvée dans les selles, et rendre ainsi le diagnostic possible à un moment où les autres signes font encore défaut (4).

Cette facilité avec laquelle la matière colloïde abandonne les alvéoles qui la renferment, explique bien mieux selon nous que sa marche envahissante le volume considérable de certains cancers de l'intestin dont la face interne pré-

(1) Obs. 85.
(2) Obs. 114.
(3) Obs. 181.
(4) Obs. 113, 223, 272, 273, 274.

sente à un degré très prononcé l'altération dont il s'agit.

On conçoit, en effet, qu'en pareil cas, l'absence d'obstruction intestinale rende possible et la prolongation de la vie et le développement considérable présenté par la néoplasie; et de fait dans les cas que nous avons cités où la dégénération colloïde était fort avancée, et où il existait des tumeurs énormes, la diarrhée a persisté jusqu'à la fin et les malades sont morts de cachexie.

Des différentes formes de cancer de l'intestin. Nous avons mentionné dans une des pages qui précèdent les différentes formes sous lesquelles le cancer de l'intestin se présente à l'œil de l'observateur. Le moment est venu de reprendre avec quelques détails ce point important de l'anatomie de l'affection qui nous occupe.

Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que le cancer se manifeste à l'intestin par des noyaux disséminés plus ou moins nombreux. Les faits de ce genre que nous avons pu recueillir sont au nombre de cinq (1); dans l'un d'eux, rapporté par Cornil et Ranvier, c'est une série de tumeurs colloïdes disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle, tumeurs ovoïdes non ulcérées, saillantes dans l'intestin et développées aux dépens de la muqueuse et du tissu conjonctif sous-muqueux, description qui peut être appliquée à chacun des autres cas.

On peut rattacher à la forme précédente deux faits observés l'un par Cruveilhier, l'autre par Salomon de Berlin, que nous rapportons, bien que l'absence d'examen mi-

(1) Obs. 1, 4, 15, 275, 283.

croscopique laisse quelque doute sur la véritable nature de la néoplasie.

Il s'agit dans chacun de ces deux faits de polypes multiples développés à la face interne de l'intestin et ayant déterminé une ou plusieurs invaginations.

Dans l'observation rapportée par Cruveilhier (1) c'est une femme de 29 ans, ayant succombé à des accidents d'étranglement des plus intenses, et chez laquelle on trouva à l'autopsie une tumeur énorme formée par une invagination de l'intestin grêle. A la face interne de l'intestin central, on constata la présence de deux polypes, l'un plus considérable, implanté à sa partie supérieure, l'autre plus petit, à sa partie inférieure. Les deux tumeurs présentaient à leur surface externe, des mamelons paraissant formés aux dépens des papilles, et leur section démontrait une structure aréolaire et gélatiniforme.

Dans le cas de Salomon (2), au lieu de deux polypes, il y en a un plus grand nombre; au lieu d'une seule invagination, ce sont des invaginations multiples. Les tumeurs montrent à la coupe un tissu « médullaire » ayant dans les unes épargné la tunique musculaire, et dans les autres envahi toute l'épaisseur de la paroi intestinale.

L'origine cancéreuse de ces polypes peut, ainsi que nous le disions plus haut, laisser quelque doute dans l'esprit. Elle doit cependant être admise pour le premier cas, dans l'observation duquel l'expression de « cancer aréolaire et gélatiniforme » se trouve en toutes lettres. Pour le second.

(1) Obs. 9.
(2) Obs. 25 bis.

l'envahissement de toute la paroi intestinale par un tissu médullaire rend également cette origine fort probable.

Un peu plus nombreux sont les faits dans lesquels l'épithélioma forme un foyer unique limité à une partie seulement du calibre de l'intestin. Notre statistique renferme treize faits appartenant à cette catégorie, un pour le cæcum (1), trois pour le côlon ascendant (2). deux pour le côlon transverse (3), un pour le descendant (4), et six pour l'S iliaque (5).

On a dit que le cancer latéral de l'intestin produisait rarement un rétrécissement notable. Le fait est généralement vrai.

On conçoit en effet, qu'une tumeur faisant une saillie même considérable dans l'intérieur du canal intestinal n'empêche pas la portion restée saine de se dilater et d'offrir ainsi aux matières un passage suffisant si toutefois la portion envahie n'est pas trop considérable. C'est ainsi que dans un fait rapporté par Rokitansky (6), on trouva chez une femme de 70 ans, morte de hernie étranglée gauche, une tumeur grosse comme un œuf de poule, occupant la paroi antérieure du côlon ascendant, saillante à l'intérieur et à l'extérieur sans avoir provoqué aucun arrêt des matières.

Il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi ; si l'envahissement cancéreux dépasse certaines limites, le rétré-

(1) Obs. 47.
(2) Obs. 85, 91, 94.
(3) Obs. 106, 120.
(4) Obs. 150.
(5) Obs. 194, 207, 221, 225, 234, 245.
(6) Obs. 91.

cissement se produit et peut s'accompagner d'accidents graves nécessitant une intervention immédiate (1).

Dans un certain nombre de cas de cancer latéral, au lieu d'un rétrécissement, c'est une dilatation que l'on observe.

C'est ainsi que dans un fait rapporté par Guérard (2), il existait dans le flanc droit une tumeur énorme occupant la partie interne et antérieure du cæcum et du côlon ascendant limitant une cavité qui pouvait admettre les deux poings, et offrant à sa surface interne deux eschares dont l'une de la longueur du doigt.

A la dilatation de la partie saine qui accompagne souvent le cancer latéral était venue probablement se joindre dans le fait dont nous venons de parler une destruction par gangrène de portions de la tumeur faisant saillie à l'intérieur, et leur évacuation par l'anus. On conçoit combien un pareil phénomène peut dans certains cas douteux faciliter le diagnostic.

« Une dame d'un très bel embonpoint, fut prise de constipation opiniâtre, mais jusqu'au moment de l'évacuation d'une masse cancéreuse, on ne put établir un diagnostic certain, et il eût été jusqu'alors difficile de le préciser en voyant la conservation relativement bonne de la santé générale. »

La dilatation qui accompagne souvent le cancer latéral de l'intestin, peut, dans certains cas, se produire par un mécanisme un peu différent. Il se forme dans l'épaisseur de la tumeur un diverticulum communiquant avec la cavité

(1) Obs. 94, 207, 245.
(2) Obs. 85.

intestinale par un orifice ulcéré plus ou moins étendu (1).

On conçoit qu'en pareil cas, la dilatation croissante et les progrès de l'ulcération puissent provoquer d'abord des adhérences puis des communications de l'organe primitivement atteint avec les organes voisins. Cette complication ne se présente pas d'ailleurs dans tous les cas, elle faisait défaut dans celui que nous venons de citer.

Elle existait par contre dans deux faits de cancer latéral où elle ne s'expliquait ni par le volume de la tumeur, ni par la formation dans son épaisseur de la poche dont nous venons de parler.

Dans l'un d'eux (2), l'S iliaque communiquait avec le cæcum par un large trou, grand comme un sou, induré mais sans tumeur ; dans l'autre, la communication existait entre le côlon transverse et une anse d'intestin grêle. Voici d'ailleurs la relation détaillée de l'autopsie de cette observation intéressante.

« Le grand épiploon relevé, on découvre la face inférieure du côlon transverse qui présente en un point une adhérence solide avec une anse de l'intestin grêle, située à 50 centimètres environ au-dessous du pylore. Une bride péritonéale, est disposée de telle sorte qu'elle étrangle l'intestin grêle immédiatement en aval de ce point et paraît supprimer entièrement son calibre.

« Le côlon transverse d'une part, et l'intestin grêle de l'autre étant fendus dans leur longueur, on voit qu'il existe une petite tumeur squirrheuse ulcérée au niveau de l'adhérence signalée plus haut. Une perforation de 1 centimè-

(1) Obs. 120.

(2) Obs. 194.

re de diamètre met en communication l'intestin grêle et e côlon, en laissant du côté du mésentère, entre les deux onduits une espèce d'arrière cavité exactement limitée par es adhérences. A ce niveau on découvre facilement les ouver-ures béantes de plusieurs arcades mésentériques ulcérées.

« Du côté de l'intestin grêle, un étranglement déjà signalé bstrue presque complètement, le bout inférieur de l'anse, orçant ainsi les matières à passer directement de la partie upérieure du jéjunum dans le côlon transverse. On s'ex-lique comment le sang épanché au niveau de la tumeur pu être rendu liquide à la fois par la bouche et par l'a-us. Les bords de l'ulcération sont fongueux, rouges, et la aroi intestinale adjacente infiltrée de sang dans une ssez grande étendue.

« Les viscères abdominaux et les autres organes sont ains (1). »

La forme annulaire dont il nous reste à faire connaître es caractères est incomparablement plus fréquente que les récédentes. En regard des 5 faits, appartenant à la pre-mière forme (noyaux disséminés), des 13 faits appartenant la seconde (cancer latéral), notre statistique nous en donne 70 où le caractère circulaire de la néoplasie se trouve ex-plicitement indiqué et ce nombre est plutôt inférieur encore à la réalité.

Dans ce qui suit nous supposerons le cancer exclusive-ment limité aux parois intestinales.

Dans ce cas de beaucoup le plus fréquent (161 sur 194); la tumeur constituée par la portion envahie, affecte la

(1) Obs. 106.

forme d'un cylindre plus ou moins régulier dont la longueur varie dans des limites assez étendues, pouvant atteindre 30 centimètres (1), ne pas dépasser ailleurs 4 ou 5 centimètres (2), descendre enfin jusqu'à trois, deux, et même un centimètre (3).

La longueur de la tumeur n'est d'ailleurs pas toujours en rapport avec celle de l'intestin envahi : il peut en effet se produire une sorte de tassement dû vraisemblablement à l'augmentation du poids de la partie atteinte. C'est ainsi que dans un cas de cancer du côlon ascendant rapporté par Cruveilhier (4), cette partie du gros intestin n'avait pas le tiers de sa hauteur accoutumée, et nous pourrions citer d'autres faits présentant la même particularité.

Le volume de la tumeur présente également de grandes variations. De celui des deux poings, (5) il descend à celui d'une cerise ou d'une noisette (6), en passant par toutes les dimensions intermédiaires, les tumeurs fort volumineuses présentant en général une altération colloïde assez étendue.

L'aspect de la face externe ou péritonéale d'un épithélioma de l'intestin, varie considérablement suivant que toutes les tuniques ou une partie seulement d'entre elles auront été envahies. Dans certains cas, la muqueuse a été seule touchée, dans d'autres la musculeuse est également

(1) Obs. 89, 96, 222.
(2) Obs. 114, 139, 147, 148, 158, 159, 160, 164, 166, 203, 210.
(3) Obs. 176.
(4) Obs. 81.
(5) Obs. 51, 111.
(6) Obs. 176, 253, 254.

teinte ; enfin la séreuse peut être prise en même temps
ue les deux autres. Mais dans un nombre de faits que
ous croyons considérable et dont il est impossible de faire
onnaître, même approximativement, la proportion, à
ause de l'insuffisance des détails donnés à cet égard dans
s observations, la tunique séreuse ne présente pas la
oindre altération cancéreuse. Ou bien il existe alors une
éritonite généralisée plus ou moins intense, ou bien au
ontraire elle fait absolument défaut. En pareil cas, on le
onçoit parfaitement, la partie envahie peut ne se mani-
ster par aucun signe extérieur bien saillant à la *vue* de
observateur. C'est ainsi que dans un cas de cancer du
lon ascendant diagnostiqué par le professeur Duplay, (1)
portion altérée de l'intestin ne faisait pour ainsi dire
ucune saillie, à l'extérieur, et ne présentait aucune adhé-
nce anomale avec les organes du voisinage ; dans plu-
eurs autres observations on signale cet aspect lisse et uni
la face externe de la tumeur que nous avons pu cons-
ter nous même sur l'intestin provenant d'un malade ob-
rvé dans le service du docteur Rendu (2).

Quelquefois le revêtement péritonéal de la tumeur, nor-
al, ou au moins respecté par la néoplasie dans la plus
ande partie de son étendue, présente un ou plusieurs
oints de coloration plus ou moins foncée indiquant une
cération cancéreuse ayant en ces points limités traversé
ute l'épaisseur des tuniques intestinales, et une perfora-

(1) Obs. 83.
(2) Obs. 32.

tion sur le point de s'effectuer. Cette particularité est notée dans l'observation 95.

» A première vue, rien à la surface de l'intestin ; en détachant le cœcum et le colon ascendant, on sent une bosselure assez considérable un peu au-dessus de l'ouverture du petit intestin, et l'on remarque sur sa partie latérale et un peu postérieure une eschare légèrement noire, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, bien limitée et intéressant le péritoine et les couches profondes de l'intestin. Si l'on fend le colon ascendant, on trouve à quelques centimètres au-dessus de la valvule, une vaste ulcération occupant tout le pourtour de l'intestin ; le fond est noirâtre, déchiqueté, fortement creusé, et répond à l'eschare antérieure ».

Ailleurs la perforation existe.

» Dans un point de la surface de la tumeur qui regarde la colonne vertébrale, tache jaune, et, dans le centre de cette tache perforation à bords legèrement déchiquetés, de forme à peu près circulaire, et d'un diamètre de deux lignes. La muqueuse manque en un seul point qui pouvait avoir un pouce d'étendue, là l'intestin était réduit en putrilage jaunâtre, et un stylet introduit dans ce putrilage, arrivait à la perforation indiquée ci-dessus (1).

Si dans les cas dont nous venons de parler, la mort des malades est survenue avant l'envahissement par le cancer de toute l'épaisseur des parois intestinales, il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Dans d'autres faits dont nous trouvons dans nos observations un certain nombre

(1) Obs. 3.

exemples (1), la néoplasie occupe au moins dans une rande partie de son étendue, toute l'épaisseur des parois. a tumeur présente alors une surface externe irrégulière, iamelonnée, hérissée de bosselures plus ou moius saillntes, traversée par des sillons cicatriciels, et des vaisseaux lus ou moins nombreux et dilatés.

La perforation cancéreuse sans communication avec un rgane voisin dont nous avons signalé la production posible dans le cas où une partie seulement des tuniques tait envahie sera, et cela se conçoit, beaucoup plus fréuente dans la variété dont il s'agit. Des 12 cas d'épithéoma qui lui appartiennent et dont 3 siégeaient au cœcum, au colon ascendant, 4 au colon transverse, 1 au colon lescendant, et 3 à l'Siliaque, 8 présentaient cette complicaion. Elle existait dans les 3 cas où le cancer siégeait au œcum (2), dans 3 sur 4 des cancers du colon transverse 3), dans 2 sur 3 de ceux de l'S iliaque (4). De ces quelques biffres il résulterait que c'est au cœcum que la perforation ancéreuse serait le plus fréquemment observée. Nous errons un peu plus loin que c'est aussi là le siége de rédilection des perforations non cancéreuses succédant un cancer siégeant en un point situé plus bas.

On peut se demander quelle a été dans chacun des cas où la perforation s'est produite la suite de cette perforation : 3 fois l'ouverture s'est faite dans la cavité peritonéale, 2

(1) Obs. 33, 54, 72, 81, 107, 121, 122, 130, 153, 201, 236, 244.
(2) Obs. 33, 54, 72.
(3) Obs. 121, 122, 130.
(4) Obs. 236, 244.

fois (1) avec un épanchement peritonéal localisé dans la fosse iliaque droite, une seule fois (2) avec une péritonite généralisée promptement mortelle ; 3 fois (3) la perforation a été suivie d'un phlegmon stercoral extrapéritonéal ; 2 fois enfin (4) il s'est produit une fistule stercorale, venant déboucher à la paroi abdominale antérieure. Il s'agissait dans chacun de ces deux derniers cas d'un cancer du colon transverse.

7 fois sur 8 la perforation était unique ; dans un cas (5) il en existait plusieurs. Il s'agissait d'une tumeur volumineuse occupant presque toute la moitié droite du colon transverse et présentant des perforations nombreuses siégeant surtout à la fin et au commencement du cancer et venant aboutir toutes ensemble dans une cavité anomale située au devant du muscle carré des lombes et du rein droit.

La face externe d'un épithélioma de l'intestin présente dans les diverses variétés que nous venons de passer en revue, une consistance ordinairement dure qui en rend presque toujours facile le découverte par le toucher, alors même que la néoplasie ne se manifeste par aucune altération de la surface externe ou peritonéale de l'intestin cancéreux.

Cette dureté de la face externe qui contraste avec la mollesse que l'on constate le plus habituellement à la face

(1) Obs. 54, 72.
(2) Obs. 244.
(3) Obs. 33, 122, 236.
(4) Obs. 121, 130.
(5) Obs. 122,

ıterne, s'explique par la structure de l'épithelioma différente suivant que l'on considère l'une ou l'autre de ces eux faces. Du côté de la muqueuse, où la néoplasie a ris naissance, bourgeons épithéliaux fort nombreux, troma pauvre et peu résistant; c'est de l'encéphaloïde ont les bourgeons qui recouvrent la face muqueuse présentent la coloration et la consistance. Plus en dehors, au ontraire, le bourgeonnement epithélial est peu marqué, il existe surtout une néoformation conjonctive qui, ainsi ue nous l'avons dit, accompagne et précède l'envahissement épithélial; c'est du squirrhe avec son tissu blanc leuâtre, dur et criant sous le scalpel.

On conçoit d'ailleurs que la tumeur épithéliale puisse présenter dans toute son épaisseur, la consistance molle que l'on constate ordinairement à sa face interne seule. Si en effet la vie s'est prolongée suffisamment, ou pour toute autre cause, l'infiltration épithéliale a pu se faire dans toute l'étendue de la tumeur, et celle-ci présente partout la structure et l'aspect encéphaloïdes. Il en était probablement ainsi dans un cas fort intéressant à d'autres gards de cancer du colon transverse rapporté par Cruveilhier (1) Il s'agissait d'une femme de 58 ans, morte ans avoir présenté aucun phénomène d'étranglement interne, affectée, de diarrhée jusqu'à son dernier jour, et chez aquelle on découvrit à l'autopsie 617 noyaux de cerise arrêtés dans le cœcum, le colon ascendant, et une petite partie du colon transverse. La cause de cette accumuation de noyaux était un rétrécissement cancéreux

(1) Obs. 116.

siégeant à l'arc du colon. Les tuniques intestinales étaient remplacées à ce niveau par un tissu aréolaire pénétré de suc cancéreux, présentant un aspect encéphaloïde et ayant prodigieusement rétréci le calibre de l'intestin. Chose remarquable, malgré ce rétrécissement, si serré qu'il permettait à peine l'introduction d'une plume de corbeau, il n'y avait pas de rétention des matières fécales ; les noyaux de cerise eux-mêmes, n'apportaient pas d'obstacle au cours des matières, qu'ils laissaient passer liquéfiées et morcelées comme à travers un crible.

Les conditions dont nous parlions plus haut sont ici parfaitement remplies. Grâce à l'absence de rétention des matières, la vie a pu se prolonger assez longtemps pour permettre l'extension de la dégénération encéphaloïde à toute l'étendue de la tumeur.

Ce que nous venons de dire de la consistance de l'épithelioma de l'intestin s'applique absolument aux cas où celui-ci est le siège d'une dégénération colloïde plus ou moins marquée. De même que l'infiltration épithéliale cette altération qui débute le plus souvent à la face interne peut rester limitée à une portion de l'épaisseur de la tumeur ou s'étendre à cette tumeur tout entière. Dans le premier cas la consistance de la tumeur sera molle à sa face interne, ferme à sa face externe ; dans le second, elle présentera dans toute son épaisseur l'état mou et tremblant caractéristique, de l'altération dont il s'agit.

L'étude de la coupe transversale d'un épithelioma de l'intestin donne également lieu à quelques considérations

intéressantes. Ce sont toujours des parois plus ou moins épaissies circonscrivant un orifice qui dans l'immense majorité des cas a subi un rétrécissement plus ou moins marqué. Tantôt il est impossible de faire sur la coupe la part de chacune des tuniques de l'intestin normal, tantôt une ou deux tuniques ont échappé à l'envahissement. Elles ne sont pas alors absolument normales comme on pourrait le croire. La tunique musculeuse, si elle a été épargnée, présente alors au niveau même du rétrécissement une hypertrophie que l'on trouve signalée dans un petit nombre d'observations mais qui existe croyons-nous, dans tous les cas où la tunique musculeuse a, tout entière ou en partie seulement, échappé à l'altération.

On mentionne un peu plus souvent l'épaississement des couches séreuse et sous séreuse accompagné ou non d'adhérences inflammatoires avec les parties avoisinantes.

L'épaisseur des parois d'un épithelioma intestinal, est fort variable. Elle peut atteindre dans telle tumeur (1) 4 ou 5 centimètres et même d'avantage, et ne pas dépasser dans telle autre 4, 3, et même deux millimètres.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que les parois d'une même tumeur présentent dans tous leurs points la même épaisseur. On conçoit parfaitement que l'altération ne procède pas avec la même rapidité dans toute l'étendue de la circonférence intestinale, et nous pourrions citer tel fait (2) dans lequel, sur un point, la muqueuse était seule touchée alors que dans les points voisins la néoplasie occupait sur une

(1) Obs. 51, 54, 85, 221.
(2) Obs. 80.

hauteur beaucoup plus grande toute l'épaisseur des parois intestinales, et avait même en un point, envahi le mésocolon avoisinant.

L'épaisseur des parois est variable, lisons nous dans une autre observation (1), ici elle a au plus une ligne (2 millimètres) là est près de 2 pouces (5 centimètres).

Dans un certain nombre de faits (2) l'épaisseur relativement énorme de tel point de la tumeur tient au développement en ce point d'un bourgeon volumineux pouvant atteindre les dimensions d'un œuf et venir se mettre en contact avec la paroi opposée de l'intestin produisant ainsi un rétrécissement infranchissable.

Le rétrécissement de l'intestin accompagne l'immense majorité des épitheliomas annulaires de cet organe. 160 fois sur 174 on a constaté à l'autopsie l'existence de cette complication.

Le diamètre du rétrécissement est indiqué, dans un certain nombre de cas (un peu plus de 80) par le corps plus ou moins volumineux qu'on est parvenu à lui faire franchir ; c'est la lame de l'entérotome, l'extrémité de l'index, celle du petit doigt, une sonde de femme, une plume de corbeau, une sonde cannelée, un petit stylet. Chacun de ces objets est représenté par un certain nombre d'exemples ; c'est cependant l'extrémité du petit doigt qu'on voit revenir le plus souvent.

L'obstruction complète de l'intestin ou du moins son imperméabilité aux liquides injectées par une extrémité

(1) Obs. 85.
(2) Obs. 78, 84, 195.

a été signalée dans une douzaine d'observations. Ce fait qui indique un rétrécissement très étroit, ne doit pas être considéré comme un signe de disparition complète de la lumière de l'intestin. Il persiste toujours un orifice plus ou moins étroit, plus ou moins éloigné de la ligne médiane et caché au milieu des bourgeons cancéreux à tel point qu'il sera parfois impossible de le découvrir.

Nous ajouterons que dans un cas (1) où cette imperméabilité à l'eau injectée avec une grande force a été constatée, l'obstruction intestinale n'avait pas été complète pendant la vie ; il passait alors des matières et des gaz.

L'arrêt des matières peut en effet faire défaut dans un rétrécissement même très étroit, et nous en avons cité plus haut un cas intéressant emprunté à Cruveilhier, et où le rétrécissement était compliqué de la présence dans l'intestin situé en deçà du rétrécissement de 617 noyaux de cerise.

Cet exemple de corps étrangers arrêtés à l'entrée d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin n'est pas le seul que nous trouvions dans notre tableau. Il y est accompagné de 5 faits analogues (2) dans aucun desquels d'ailleurs le nombre des corps étrangers arrêtés ne pouvait être comparé, même de très loin, à celui du fait de Cruveilhier. C'étaient dans le premier 2 noyaux de prune, dans le second un os d'oiseau, dans le troisième l'enveloppe d'une groseille, dans le quatrième 2 pièces de monnaie, dans le cin-

(1) Obs. 131.
(2) Obs. 40, 130 bis, 211, 236, 267.

quième enfin un corps présentant le volume et l'aspect d'un grain de poivre.

A ces six faits nous pouvons en ajouter un septième rapporté par Chomel (1), dans lequel il s'agit d'un rétrécissement *organique* de l'intestin, et dans l'observation duquel la véritable nature de ce rétrécissement n'a pas été indiquée.

« Nous nous rappelons dit cet auteur, avoir recueilli dans le service de Louis l'observation complète et détaillée d'une malade qui succomba dans l'espace de 36 heures à des symptômes violents d'étranglement interne. La femme était de la meilleure santé quand ces symptômes se déclarèrent subitement. Elle était d'un remarquable embonpoint et n'éprouvait d'autre incommodité qu'une constipation habituelle : à l'autopsie rétrécissement organique admettant exactement une plume à écrire. Ce rétrécissement était oblitéré par une pellicule comme cartilagineuse qui tapisse les loges dans lesquelles sont contenus les pépins de la poire. »

Ce fait qui est cité à la suite d'une observation de cancer de l'intestin, et qui se rapporte très-probablement à une lésion de cet ordre, nous paraît montrer clairement quels peuvent être les effets de corps étrangers ainsi arrêtés à l'entrée d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin. Ils ne sont pas la cause du rétrécissement comme on le croyait autrefois, mais ils sont la cause immédiate de la mort par les accidents mortels d'étranglement qu'ils provoquent dans des cas où le cancer existait à l'état latent.

(1) Revue clinique, 1er avril 1852, p. 87.

Un fait assez curieux signalé dans deux des observations précédentes, est la crépitation accompagnant une pression légère exercée sur la paroi abdominale au niveau du siège de la tumeur.

« Nous vîmes alors, que la cause de cette sensation était dans l'accumulation d'une grande quantité de noyaux de cerise, et que c'est la collision de ces noyaux qui avait produit l'illusion de l'emphysène. »

Dans le second fait (obs. 40) où deux noyaux de prune étaient arrêtés à l'entrée du rétrécissement on hésite entre l'explication précédente et un bruit de frottement dû à la péritonite chronique concomitante.

Nous avons vu que 160 fois snr 174 la présence d'un rétrécissement plus ou moins étroit a été constatée à l'autopsie. Dans 14 cas seulement cette complication a fait défaut.

Une seule fois le calibre de l'intestin n'avait subi aucune modification. Le commencement de l'iléon était dans ce fait unique (1) le siège de l'altération. Cette portion de l'intestin avait acquis une épaisseur variant entre 2 et 4 lignes. Sa surface interne était recouverte de champignons cancéreux larges et peu saillants, laissant au centre un passage libre dont le calibre équivalait au calibre normal de l'intestin.

Dans les 13 autres faits, il existait une dilatation plus ou moins marquée du segment atteint. Quatre fois (2) cette dilatation accompagnait une dégénération colloïde

(1) Obs. 3.
(2) Obs. 25, 51, 81, 222.

très avancée des parois de la tumeur, neuf fois (1) elle résultait d'un processus ulcératif, ayant amené la destruction partielle ou totale des parois de l'intestin envahi.

Nous devons dire que parmi ces derniers faits, il en est 6 dans lesquels il existait une ou plusieurs communications de l'intestin envahi avec les organes avoisinants, complication qui n'existait dans aucun des faits examinés jusqu'ici et sur laquelle nous reviendrons un peu plus bas. Cependant la destruction complète par les progrès de l'ulcération, d'une tumeur cancéreuse de l'intestin, et la formation à la place de celle-ci d'une cavité circonscrite de toutes parts par les organes avoisinants sans qu'aucun de ceux-ci ait été *directement* envahi par le cancer est possible. Il en était probablement ainsi dans l'observation 165 dont nous n'avons pu malheureusement nous procurer les détails.

Le fait suivant (2) dans lequel il existait une destruction du fond de la vésicule biliaire, montre cependant la possibilité de la formation d'une cavité entendue comme nous venons de le dire.

« Au moment où l'on rejetait la paroi abdominale sur les côtés, on pouvait déjà constater l'existence à ce niveau d'une cavité renfermant des matières noirâtres, très fétides. Cette poche artificielle fendue, on voit que sa face interne inégale, tomenteuse, formée en grande partie de masses bourgeonnantes, en partie tapissée par des grumeaux de matières noirâtres, présente plusieurs ouvertures,

(1) Obs. 2, 17, 30, 117, 133, 165. 198, 255, 265.
(2) Obs. 2.

l'une à droite, l'autre en haut, une troisième à gauche. La première et la dernière conduisent directement dans l'intestin grêle. En les fendant, on arrive bientôt sur la muqueuse intestinale, et l'on peut suivre par en haut et par en bas le canal digestif. A leur niveau, il n'existe du reste, qu'un rétrécissement insignifiant de l'intestin. La troisième ouverture située en haut conduit dans la vésicule biliaire dont le fond a été détruit. Nous nous trouvons donc en présence d'une poche artificielle formée par des anses intestinales accollées et par la face inférieure du foie. L'intestin a complètement disparu dans l'intervalle qui sépare les deux ouvertures de droite à gauche, c'est-à-dire environ 15 centimètres, et les matières pouvaient s'arrêter à ce niveau dans une cavité accidentelle. »

Nous avons indiqué dans la partie de ce travail consacrée à l'étude du cancer latéral, la possibilité de la formation dans l'épaisseur de la paroi de la tumeur d'une poche surajoutée au calibre de l'intestin et produisant ainsi une dilatation de ce canal. On peut également rencontrer cette disposition dans le cas où la néoplasie occupe toute la circonférence de l'intestin, ainsi que le prouve le passage suivant tiré d'une observation de Legendre (1).

« La partie inférieure de la tumeur est fluctuante, et en l'incisant, on voit qu'elle est creusée d'une cavité qui se confond avec celle de l'intestin ; cette cavité est remplie par des matières intestinales noirâtres, ses parois ont une épaisseur qui varie entre une demi ligne et sept à huit li-

(1) Obs. 18.

gnes. Elle présente vers sa partie inférieure une sorte de diverticulum, de dilatation anévrysmale qui est comme surajoutée au calibre de l'intestin. »

Dans les faits précédents la portion envahie de l'intestin était dilatée dans toute son étendue; dans le suivant, le seul d'ailleurs qui ait présenté cette disposition, la tumeur était formée de deux portions rétrécies, séparées par une portion dilatée.

« L'intestin grêle est sain jusqu'à la portion épaissie. A ce point diminution notable du calibre, puis, après ce rétrécissement long de 1 centimètre, cavité légèrement dilatée, sorte de cloaque dans lequel la muqueuse épaissie mais violacée, ramollie, comme macérée se laisse déchirer et enlever par lambeaux, et à l'extrémité duquel il existe un rétrécissement semblable à celui que l'on trouve à son orifice d'entrée. De ce point à la valvule iléo-cœcale, l'intestin grêle à son calibre normal et ses parois sont exemptes d'altération » (1).

A côté de ce fait dans lequel il s'agit évidemment d'une seule et même tumeur dilatée à son centre, rétrécie à ses deux extrémités, nous en devons placer un autre (2) également unique, dans lequel l'intestin était le siège de deux retrécissements, siégeant l'un à l'angle hépatique du colon, l'autre à l'S iliaque, rétrécissements également séparés par une dilatation de l'intestin, mais de l'intestin libre de toute lésion cancéreuse, ne présentant d'autre altération qu'un épaississement considérable de ses parois

(1) Obs. 10.
(2) Obs. 98.

dû à l'hypertrophie de la tunique musculeuse, Le rétrécissement de l'angle hépatique, pouvait donner passage l'extrémité du petit doigt, et présentait à sa face interne aspect caractéristique de l'épithelioma *primitif* de l'intestin avec son ulcération annulaire et ses bords épaissis et renversés en dehors. Au niveau de l'S iliaque les parties étaient réunies par des adhérences nombreuses constituant une sorte de paquet envoyant vers l'intérieur de l'intestin une masse bourgeonnante qui en obstruait complètement le calibre. Nous ne pensons pas que ce second rétrécissement puisse être considéré comme dû également à un épithélioma primitif de l'intestin : les nodules cancéreux disséminés sur le colon descendant et dont l'existence est signalée dans l'observation dont il s'agit, nous font croire que la seconde tumeur était due à la confluence de nombreux noyaux secondaires dépendant de la tumeur primitive siégeant à l'angle hépatique.

Il nous reste, avant de quitter l'étude de la tumeur constituée par l'épithélioma, pour passer à celle des lésions cancéreuses ou non qu'il peut déterminer dans les parties avoisinantes, à dire quelques mots d'un certain nombre de faits (1) dans lesquels la tumeur présente à sa face externe un aspect tel qu'il semble que l'intestin ait été étranglé à ce niveau par un cordon circulaire plus ou moins serré.

Le sillon résultant de cette constriction s'accompagnait dans quelques cas d'un plissement de la surface péritonéale que l'on pourrait peut-être comparer au froncement que

(1) Obs. 97, 98, 136, 147, 180, 181, 189, 190, 216, 235.

présente une bourse au-dessus et au dessous de l'anneau qui l'entoure.

A la face interne de l'intestin il existe au niveau du sillon plus ou moins étendu dont nous venons de parler, une ulcération annulaire limitée à ses deux extrémités par un bourrelet plus ou moins épais également annulaire, et présentant la consistance et l'aspect habituels de l'épithelioma à sa face interne, tandis qu'au niveau de l'ulcération, la paroi intestinale est amincie et de consistance friable.

On conçoit bien que, dans aucun des faits dont il est question, le rétrécissement n'a fait défaut, plus marqué d'ailleurs au niveau du sillon qu'au-dessus et au dessous.

Nous serions assez disposé à admettre, pour expliquer la formation du sillon dont il vient d'être question, l'interprétation fournie par Rokitansky pour le fait suivant qui présente avec les autres une grande analogie (1).

Il s'agit d'un homme de 50 ans ayant souffert pendant la vie de fréquents accès de constipation et à l'autopsie duquel on fit les constatations suivantes :

Péritoine rempli par un épanchement purulent abondant surtout dans la région hypogastrique et mélangé de matières intestinales au niveau de la 2e courbure de l'S iliaque.

Dans ce point, la paroi de l'intestin est remplacée sur une longueur de 3 pouces 1|2 par un anneau complet d'un tissu blanchâtre analogue à du tissu cicatriciel, mais peu consistant friable, et ayant un aspect particulier que l'auteur compare à celui d'un tissu de tricot. Cet anneau avait

(1) Obs. 247.

ne épaisseur de 1 à 2 millimètres. A l'intérieur de l'in-
estin, le tissu circatriciel était à nu ; sur les limites supé-
ieure et inférieure de ce tissu, la muqueuse et le tissu
ous-muqueux formaient une saillie annulaire; ils étaient
ransformés en un tissu encéphaloïde spongieux, renfer-
nant dans ses mailles un suc laiteux, cancéreux, et en-
ahissant jusqu'à la tunique musculaire qu'il était cepen-
ant encore possible de reconnaître. Au niveau de cette
ernière lésion, la lumière de l'intestin était réduite aux
imensions du petit doigt, et il pouvait tout au plus donner
assage à un tuyau de plume au niveau de la cicatrice.
es éléments constitutifs de celle-ci s'étaient dissociés
ans un grand nombre de points, de manière à permettre
u contenu de l'intestin de filtrer à travers leurs interstices,
e dont on pouvait facilement s'assurer de visu.

Rokitansky, pour expliquer l'aspect particulier que pré-
ente ici la lésion, admet qu'à la place du tissu cicatriciel,
S iliaque était primitivement le siège d'un cancer encé-
haloïde annulaire, et que le suc cancéreux ayant été ré-
orbé dans une zone de cette tumeur, son stroma fibreux a
eul subsisté, constituant ainsi une sorte de tissu cicatriciel ;
nfin que ce tissu cicatriciel peu serré et peu résistant
'est trouvé éraillé par la pression des matières accumulées,
ans l'intestin, et que ces matières, pénétrant à travers ces
raillures dans le péritoine, ont été le point départ d'une
éritonite suppurée mortelle.

L'existence d'un sillon, à la face externe de la tumeur,
'est pas signalée dans l'observation que nous venons de
ésumer ; mais nous y trouvons l'ulcération annulaire, les

deux bourrelets annulaires qui la limitent ; l'amincissement de la partie ulcérée, résultant de la résorption des éléments épithéliaux qui constituent en effet ce qui est désigné par suc cancéreux dans l'observation précédente, amincissement qui dans un des cas que nous avons cités (1) était porté à un degré tel qu'en extrayant l'intestin de la cavité abdominale il s'y produisit une perforation.

Cette possibilité de la cicatrisation de l'épithélioma cylindrique est d'ailleurs absolument admise par Waldeyer.

« Un fait particulièrement intéressant, dit cet auteur (1), me paraît être la possibilité de la guérison partielle d'un noyau épithéliomateux annulaire. J'en ai observé un certain nombre dont le centre était absolument cicatrisé, sans plus présenter aucune trace de bourgeons épithéliaux ; l'ulcération en avait amené la destruction complète : d'où l'on peut conclure qu'il ne faut pas considérer l'ulcération dans le cancer comme un fait absolument défavorable. Malheureusement, dans cette forme de l'épithélioma, l'extension périphérique rapide de la néoplasie rend la guérison partielle illusoire. »

Le suintement des matières au niveau de la tumeur, rapporté dans le fait de Rokitansky est une complication extrêmement rare, que nous trouvons signalée dans une observation de cancer de l'S iliaque rapportée par Thierry (3).

(1) Obs. 98.
(2) Virchow's. Archiv., 1872, p. 118.
(3) Obs. 261.

Après avoir indiqué que le doigt était serré dans le rétrécissement mais le franchissait, cet auteur ajoute : « L'intestin était aminci, et un liquide sanieux sortait par de petits pertuis dont le péritoine semblait criblé. »

DES COMPLICATIONS DE L'ÉPITHÉLIOMA DE L'INTESTIN.

1° *Complications cancéreuses.* — Nous ne nous sommes occupé jusqu'ici que des lésions déterminées par le cancer dans l'intestin lui-même. Or, si dans certains cas, ainsi que nous le prouverons plus loin, la néoplasie reste absolument limitée à une portion souvent fort peu étendue de l'intestin, il en est d'autres où elle en dépasse les limites, s'étendant de proche en proche aux parties avoisinantes, ou formant dans des points plus ou moins éloignés du siège primitif des dépôts secondaires plus ou moins nombreux.

C'est de la généralisation par continuité de l'épithélioma intestinal que nous nous occuperons d'abord.

Les cas où elle a pu être constatée ne sont pas extrêmement rares, et ils le seraient peut-être beaucoup moins encore sans les accidents d'étranglement qui viennent si souvent arrêter brusquement les progrès de l'altération.

Aucun organe de la cavité abdominale, n'est, on le pense bien, absolument soustrait à l'infection ; tous, en effet, sont en rapport direct avec une portion déterminée du tube intestinal; nous devons dire cependant, que pour le plus grand nombre d'entre eux, pour l'utérus, pour la rate, pour le rein et les capsules surrénales et même pour

le pancréas, l'altération par continuité n'est signalée dans aucune observation. Le foie, assez fréquemment atteint par métastase, ne l'est pas une seule fois directement, au moins dans son parenchyme. En revanche, nous trouvons deux fois notée une destruction plus ou moins étendue du fond de la vésicule biliaire (1).

L'envahissement du mésentère est signalé dans un certain nombre de faits, et il est lié le plus souvent à une altération étendue concomitante des ganglions mésentériques.

Il paraît cependant avoir eu plusieurs fois lieu par continuité; mais il était alors peu marqué et pouvait être considéré comme un simple épaississement de la paroi de la tumeur au niveau du repli correspondant.

La lésion des organes creux a une autre importance. Ce sont d'abord des adhérences qui deviennent de plus en plus intimes et font bientôt place à des perforations, à des fistules établissant une ou plusieurs communications de l'organe primitivement atteint avec les cavités voisines.

Les deux faits suivants, dans lesquels l'organe secondairement atteint, était une autre portion de l'intestin, sont des exemples de cet envahissement *partiel* de la paroi d'un organe creux par un épithélioma né dans une portion adjacente de l'intestin.

Dans le premier (2) dû à Czerny, la portion intestinale

(1) Obs 2 128.
(2) Obs 117.

primitivement atteinte était le côlon transverse, la portion envahie secondairement était l'S iliaque.

Il s'agissait d'une femme de 47 ans, chez laquelle Czerny diagnostiqua un cancer de l'intestin siégeant à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque.

L'intervention ayant été décidée et acceptée par la malade, on put constater que la tumeur sentie avant l'opération siégeait dans le côlon transverse ; que la face inférieure de cet intestin fortement abaissé adhérait au sommet d'un angle à ouverture inférieure formé par l'S iliaque, et adhérait si fermement que toute séparation fut reconnue impossible.

Bien que les ganglions mésentériques fussent augmentés de volume, le chirurgien n'hésita pas à pratiquer immédiatement la résection de 11 centimètres 1/2 du côlon transverse, et de 7 centimètres de l'S iliaque. On put alors reconnaître facilement comment l'épithélioma, parti du côlon transverse qu'il entourait de tous côtés, avait perforé le revêtement péritonéal de l'S iliaque, et une partie de sa tunique musculeuse. La muqueuse était absolument intacte.

La mort de la malade, causée par les progrès de l'infection eut lieu 6 mois après l'opération.

Le second fait, qui offre avec le précédent une grande analogie, appartient à Gussenbauer (1). C'était, cette fois, un homme de 42 ans chez lequel l'exploration rectale exécutée d'après le procédé de Simon, permit de constater la présence d'une tumeur volumineuse, paraissant adhérer

(1) Obs. 150

à une anse d'intestin grêle, et au mésentère correspondant, et siéger à l'union du côlon descendant et de l'S iliaque. La laparotomie fut pratiquée et vint prouver l'exactitude du diagnostic porté par le chirurgien ; mais dans les tentatives faites pour rompre les adhérences de la tumeur avec l'intestin grêle, celui-ci se rompit et dut être suturé. Résection de la portion inférieure du côlon descendant et supérieure de l'S iliaque. Mort au bout de quinze heures.

Dans un autre fait rapporté par Israël (1), et où la tumeur primitive s'était développée dans le côlon transverse, la lésion secondaire était un peu plus avancée. On trouve à l'autopsie un cancer du côlon transverse avec « bourgeonnement dans l'intérieur du duodénum. »

Dans les autres cas dont il nous reste à parler, ce ne sont plus de simples adhérences, mais une ou plusieurs fistules faisant communiquer l'intestin primitivement atteint soit avec d'autres portions de l'intestin, soit avec d'autres organes. Voici le tableau de ces complications :

Cancer de l'iléon ouvert dans la vésicule biliaire. Obs. 2.

Cancer de l'iléon ouvert dans le cæcum. Obs. 27.

Cancer du cæcum ouvert dans l'iléon. Obs. 60.

Cancer du colon transverse ouvert dans l'intestin grêle. Obs. 106.

Cancer du côlon transverse ouvert dans l'estomac. Obs. 126.

Cancer du côlon transverse ouvert dans la vésicule biliaire. Obs. 128.

(1) Obs. 124.

Cancer de l'angle splénique ouvert dans l'iléon. Observation 133.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans le cæcum. Obs. 194.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans la vessie et le rectum. Obs. 196.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans la vessie et à la peau. Obs. 198.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans la vessie. Obs. 225.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans le côlon ascendant. Obs. 227.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans la vessie. Obs. 234.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans la vessie, le rectum et l'iléon. Obs. 255.

Cancer de l'S iliaque ouvert dans la vessie et à la peau. Obs. 265.

Enfin, dans l'observation 98, dans laquelle l'existence de deux rétrécissements avait été constatée à l'autopsie, c'est la tumeur qui siégeait à l'S iliaque et que nous avons regardée comme secondaire qui adhérait au cæcum et communiquait avec lui.

De tous les organes ainsi atteints, c'est la vessie qui l'a été le plus fréquemment, et chaque fois dans un cas de cancer de l'S iliaque. Ce fait peut s'expliquer par la mobilité toute particulière de l'S iliaque, et par la tendance qu'elle possède à s'enfoncer dans la cavité pelvienne sous l'influence du poids de la tumeur dont elle est le siège.

Cette dislocation de l'S iliaque, qui est notée dans plusieurs observations est très nettement indiquée dans l'observation 255.

La portion iliaque de l'intestin dans laquelle le cancer avait pris naissance, était descendue dans la cavité pelvienne, se rapprochant de la fosse iliaque droite avant de retourner dans le rectum, contractant ainsi des adhérences avec la vessie en avant, le rectum en arrière, et en haut avec l'iléon tout près de sa terminaison. Les progrès de l'ulcération avaient amené la formation, entre la vessie et le rectum, d'une cavité à parois fongueuses communiquant avec le rectum, la vessie et la fin de l'intestin grêle, avec l'infiltration urineuse le long du ligament rond, et abcès urineux ouvert dans l'aine.

Une complication fort remarquable du cancer de l'intestin que l'on doit rapprocher des précédentes et qui existait d'ailleurs dans deux des cas que nous avons cités, c'est l'envahissement par le cancer de la peau des parois abdominales soit antérieure, soit postérieure, suivi ou non de formation d'un anus contre nature.

Les faits de ce genre que nous avons rencontrés sont au nombre de 7.

Pour chacun d'eux la tumeur primitive siégeait au gros intestin, 1 fois au cæcum, 1 fois à l'arc du côlon, 2 fois au côlon descendant et 3 fois à l'S iliaque.

Une seule fois (1) l'anus contre nature était venu s'ouvrir à la paroi abdominale postérieure. Il s'agissait d'un épithélioma limité à la paroi postérieure du cæcum ; celle-ci présentait une perforation de 2 à 3 centimètres de diamètre de laquelle partait un canal dont l'orifice externe se trou-

(1) Obs. 47.

vait un peu au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure.

Dans trois autres cas (1), l'anus contre nature était venu s'ouvrir à la moitié correspondante de la paroi abdominale antérieure Pour celui de ces faits dans lequel l'épithélioma s'était développé au colon transverse, on dit simplement que le cancer avait envahi les téguments, et avait fini par constituer au niveau de la cicatrice ombilicale une masse ulcérée du volume d'un gros œuf de pigeon (2).

Pour les deux derniers, enfin, on se contente de dire que le cancer avait envaai la peau de l'ombilic (3).

Nous ne saurions nous empêcher de faire remarquer en passant l'identité absolue des lésions constatées à l'autopsie des deux faits de cancer de l'S iliaque ouverts à la paroi abdominale antérieure (4).

Dans les deux cas, tumeur volumineuse de l'S iliaque, creusée à son centre d'une cavité anfractueuse, exulcérée, ayant dans les deux cas contracté des adhérences avec le colon transverse, et perforé la vessie et la peau de la paroi abdominale.

Enfin dans les deux cas, et malgré l'étendue des lésions locales, absence de toute généralisation. Cette absence est absolue dans le fait de Waldeyer ; dans l'autre, il existait, au niveau de la colonne vertébrale et à la racine du mésentère, quelques ganglions lymphatiques, mais ils avaient un très petit volume et ne présentaient pas à l'œil nu d'al-

(1) Obs. 140, 198, 265.
(2) Obs. 118.
(3) Obs. 157, 190.
(4) Obs. 198, 265.

tération appréciable. Les autres organes, examinés avec soin, ne présentaient rien à noter.

Cette intégrité si remarquable des ganglions et des organes, que nous trouvons notée dans les deux observations précédentes, est-elle une exception, ou, au contraire, accompagne-t-elle fréquemment le cancer de l'intestin ?

Nous n'avons pas besoin d'insister longuement sur l'importance de cette question. Si dans tout cancer de l'intestin les ganglions abdominaux sont nécessairement dégénérés, c'est la condamnation absolue de toutes les tentatives opératoires ayant pour but l'extirpation et la guérison du cancer, surtout de la résection de la tumeur suivie de réunion des bouts de l'intestin.

Si au contraire dans des cas assez nombreux, soit à la laparotomie, soit à l'autopsie, on a pu constater l'état normal des ganglions et des organes, l'extirpation de l'épithélioma de l'intestin devient une opération aussi rationnelle que l'ablation d'un cancer du sein, et il ne reste plus qu'à se mettre à la recherche d'une méthode opératoire compatible avec le succès de l'opération.

Malheureusement, l'importance de l'examen attentif des ganglions abdominaux dans le cancer de l'intestin paraît avoir échappé à la plupart des auteurs des nombreuses observations sur lesquelles est basé notre travail.

A voir même le grand nombre de faits dans lesquels l'absence de toute généralisation est indiquée pour tous les organes plus ou moins volumineux de la cavité abdominale et du reste de l'économie, alors qu'on est resté absolument muet sur l'état des ganglions, il semblerait que

'est surtout quand le volume considérable de ces derniers orçait l'attention de l'observateur que leur état de maladie été mentionné dans l'observation.

Les faits dans lesquels l'état des ganglions a été indiqué ont au nombre de 57. 36 fois les ganglions ont été trouvés plus ou moins tuméfiés et dégénérés, 16 fois seulement eur intégrité absolue ainsi que celle de tous les autres organes a été reconnue, soit à l'autopsie (14 cas), soit à la aparotomie (2 cas) (1).

Dans deux cas (2) les ganglions étaient restés normaux, nais il existait du cancer du foie.

Aux 16 faits dont nous venons de parler, il serait peut-être permis d'en ajouter quelques autres pour lesquels on pourrait admettre l'absence de toute généralisation, bien que cependant cette circonstance n'ait pas été absolument indiquée dans la relation de l'autopsie.

Ce sont d'abord 3 faits (3) dans lesquels on ne trouve d'autre lésion qu'une tuméfaction légère des ganglions sans altération de leur tissu, puis un autre (4) rapporté par Noël, dans lequel il s'agissait d'une femme atteinte de cancer de l'S iliaque, chez laquelle on pratiqua la laparotomie et qui deux ans après mourut de pneumonie.

En résumé, sur 112 faits dans lesquels la relation de l'autopsie est non pas complète mais suffisante, 36 fois on indique une tuméfaction ou une dégénération plus ou moins marquée des ganglions lymphatiques, 35 fois l'ab-

(1) Obs. 150, 208.
(2) Obs. 179, 217.
(3) Obs. 40, 72, 254.
(4) Obs. 155.

sence de toute généralisation est indiquée sans que l'état des ganglions ait été noté, 20 fois enfin c'est la localisation absolue et ne laissant aucun doute.

Ces quelques considérations ne prouvent qu'une chose, c'est que dans le cancer de l'intestin, aussi bien que dans celui de tout autre organe, il existe une période pendant laquelle la lésion reste absolument localisée à l'intestin; c'est cette période qu'il faut savoir reconnaître et pendant laquelle on doit intervenir.

Parmi les autres organes secondairement atteints, nous trouvons le foie (22 cas), le péritoine (18 cas); puis, dans un très petit nombre de faits, les ovaires, le rein, la rate, le poumon et la plèvre.

Dans un cas d'épithélioma du cœcum, Lancereaux a pu constater l'existence de productions secondaires dans l'un des tibias.

2° *Complications non cancéreuses.* — Dans la grande majorité des cas où le cancer de l'intestin s'accompagne d'un rétrécissement, il existe une distension plus ou moins marquée de la portion du tube digestif située au-dessus. Cette distension, qui résulte à la fois de la stagnation des matières, et du dégagement considérable de gaz qu'elle provoque, remonte plus ou moins haut à partir du siège du rétrécissement, sans qu'il soit possible de poser à cet égard de règle absolument générale, ne dépassant pas l'angle splénique ou le milieu du colon transverse dans certains cas de cancer de l'S iliaque, atteignant l'estomac et le distendant au triple dans d'autres; on peut dire cependant que

cette distension remonte d'autant plus haut que le rétrécissement est plus éloigné de l'anus. C'est ainsi que dans le seul cas (1), où nous ayons trouvé signalée une distension de la moitié inférieure de l'œsophage, il s'agissait d'un épithélioma siégeant au commencement de l'iléon.

Le volume acquis par l'intestin distendu peut devenir véritablement énorme; l'intestin grêle prend les dimensions d'un bras d'adulte (2) ou de la jambe au-dessous du genou (3), le colon transverse recouvre à lui seul tout le reste du paquet intestinal (4). Cette distension commence d'ailleurs longtemps avant que le rétrécissement soit complet, et alors qu'il passe encore une certaine quantité de matières. Elle est graduelle, et comme elle s'acompagne d'une augmentation proportionnelle de l'épaisseur de la paroi intestinale due à un processus que nous indiquerons un peu plus bas, on conçoit parfaitement la rareté des cas où elle a suffi pour déterminer à elle seule la rupture de l'intestin.

Nous ne voyons en effet, que 2 cas où ce phénomène se soit produit sans altération concomitante et par simple dissociation des fibres de la tunique musculeuse.

Dans le premier de ces 2 faits (5) il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque; il n'existait pas de véritable perforation; la tunique péritonéale était détachée par places et laissait apercevoir la tunique musculaire à travers les fibres de

(1) Obs. 23.
(2) Obs. 148.
(3) Obs. 131
(4) Obs. 98.
(5) Obs. 235.

laquelle on voyait suinter des matières; dans l'autre fait (1), un cancer de l'S iliaque également, c'était une rupture de 1 pouce de long, siégeant à la partie supérieure du colon descendant, mais sans la moindre trace d'ulcération. Les fibres musculaires n'étaient pas déchirées, mais seulement disjointes.

L'absence de distension intestinale dans les cas où il existe un rétrécissement serré doit à de très rares exceptions près, être mise sur le compte d'une perforation intestinale spontanée ou opératoire, cancéreuse ou non, ayant déterminé soit un épanchement intra-péritonéal, soit un phlegmon stercoral extra-péritonéal, ou encore la formation d'un anus contre nature.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que dans chacune de ces complications, la distension intestinale fasse nécessairement défaut. Nous pourrions citer un grand nombre de faits, dans lesquels l'entérotomie ou la colotomie avaient été effectuées, et où il existait cependant une distension extrême du canal intestinal. C'est ainsi que dans une des observations que nous venons de citer (2), l'entérotomie avait été pratiquée dans le flanc droit, ce qui n'a pas empèché de trouver à l'autopsie une distension considérable de l'intestin grêle, du colon descendant et de la partie supérieure de l'S iliaque; dans les colons ascendant et transverse seuls, elle faisait défaut : dans un autre fait (3) malgré l'existence d'une perforation de l'iléon, l'intestin grêle

(1) Obs. 231.
(2) Obs. 235.
(3) Obs. 131.

présentait une distension énorme, plus marquée encore dans le colon.

Dans d'autres cas, la distension existe, alors que l'intestin ne présente plus le moindre rétrécissement. C'est ainsi que dans un fait rapporté par Dolbeau dans ses cliniques (1), le tube digestif était énormément distendu, l'intestin grêle avait le volume d'un colon transverse lorsqu'il est bien rempli; et cependant, on avait pratiqué l'entérotomie, et il n'existait d'autre lésion cancéreuse qu'une perforation du diamètre d'un sou faisant communiquer l'S iliaque avec le cœcum.

On pourrait peut-être pour expliquer cette anomalie, admettre l'existence à un moment donné d'une tumeur saillante dans l'intérieur du canal intestinal, ayant disparu ensuite par les progrès de l'ulcération; la distension des anses intestinales grêles, s'étant maintenue ensuite grâce à la formation de coudes brusques supprimant complètement en quelques points le calibre de l'intestin.

La distension de l'intestin au dessus du rétrécissement s'accompagne constamment d'un épaississement des parois de l'intestin, d'autant plus considérable que l'obstacle au cours des matières a été plus ancien et plus complet ; et lorsqu'on recherche à quelle cause est due cette augmentation d'épaisseur, on reconnaît qu'elle dépend principalement d'une véritable hypertrophie du tissu cellulaire sous-péritonéal et surtout de la couche musculeuse de l'intestin.

Cette hypertrophie qui n'atteint dans aucune variété de

(1) Obs. 194.

rétrécissement les proportions qu'elle présente dans le cancer de l'intestin, peut exister jusque dans la couche musculeuse de la muqueuse (1), mais elle est surtout marquée dans la tunique musculeuse de l'intestin. Elle est plus prononcée dans les parties situées immédiatement au-dessus du rétrécissement et va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du siège de la tumeur.

Il ne faut pas croire d'ailleurs, que cet épaississement reste nécessairement localisé à une petite distance au-dessus du rétrécissement; dans le fait que nous venons de citer à l'instant, il remontait à plus de 5 mètres au-dessus de la tumeur siégeant à l'S iliaque. Il occupait les colons descendant, transverse, ascendant, le cœcum, et une grande partie de la portion inférieure de l'intestin grêle : l'épaisseur des parois intestinales mesurait sur le colon descendant, au dessus du rétrécissement, 12 millimètres, sur le colon tranverse et ascendant, 10 millimètres, sur le cœcum 8 millimètres, sur la partie inférieure de l'intestin grêle, 5 millimètres, et allait ensuite en décroissant graduellement.

Dans un autre fait (2) dans lequel il s'agissait d'un épithélioma du commencement de l'iléon, l'hypertrophie de la tunique musculeuse embrassait le jejunum, le duodénum, l'estomac et jusqu'à la moitié inférieure de l'œsophage.

Dans un dernier cas enfin (3) où l'épithélioma siégeait

(1) Obs. 181.
(2) Obs. 23.
(3) Obs. 61.

au cœcum, il existait au niveau du pylore, une hypertrophie musculaire telle, qu'on pouvait croire qu'il s'agissait d'une véritable tumeur; et de fait cette erreur a dû être souvent commise autrefois et elle s'explique, par l'aspect lardacé de la tunique musculeuse hypertrophiée, par son tissu blanchâtre, dur et criant sous le scalpel.

« Au-dessus de ce rétrécissement, lisons-nous dans une observation (1), et jusqu'au voisinage de l'intestin grêle, le côlon est également épaissi et squirrheux; il a près de 2 lignes dans quelques points, de sorte que le rétrécissement paraît n'être que la continuation ou l'exagération de cet état. »

Il est à peine besoin d'expliquer la pathogénie de cette hypertrophie de la tunique musculeuse. Le muscle intestinal forcé à cause de l'obstacle dû au rétrécissement d'exercer une action de plus en plus énergique s'hypertrophie de plus en plus au même titre que le ventricule gauche dans un cas de rétrécissement aortique. Mais, comme pour ce dernier cas, il arrive probablement un moment où cette tunique musculeuse tout hypertrophiée qu'elle est, finit par épuiser son action ; alors surviennent les phénomènes d'étranglement et la mort si on ne se hâte d'intervenir.

Au-dessous du rétrécissement le calibre du tube intestinal est, au contraire, diminué et l'intestin prend l'aspect de l'œsophage.

Indépendamment de cette augmentation de volume et d'épaisseur, on trouve encore, le plus habituellement dans

(1) Obs. 114.

les parties situées au-dessus du rétrécissement, des lésions de nature inflammatoire, allant depuis la simple congestion jusqu'à la gangrène, et au milieu desquels domine le phénomène de l'ulcération.

Les ulcérations bornées quelquefois à la muqueuse, s'étendent d'autres fois aux couches sous-jacentes, les détruisent et donnent lieu à des perforations.

Toutes ces lésions peuvent dans certains cas fort rares, dont nous avons cependant rencontré un exemple (1), faire absolument défaut, souvent elles sont surtout prononcées immédiatement au-dessus du rétrécissement, tandis que les autres portions de l'intestin ne présentent que peu ou point d'altération; ailleurs, tout en étant plus marquées dans les points les plus voisins de la tumeur, elles s'étendent à une portion fort considérable de la surface interne de l'intestin ; il est enfin un certain nombre de faits dans lesquels les altérations ne commencent qu'à une certaine distance de la tumeur.

Un fait fort intéressant à signaler consiste dans la fréquence et l'intensité des altérations du cœcum dans les cas où le rétrécissement siège en un point situé plus bas sur le gros intestin.

Sur 24 cas de cancer du gros intestin, 1 du côlon ascendant, 2 de l'angle hépatique, 5 du côlon transverse, 3 de l'angle splénique, 5 du côlon descendant et 8 de l'S iliaque, dans lesquels une perforation non cancéreuse s'était effectuée au-dessus du rétrécissement, 11 fois le

(1) Obs. 142.

cæcum proprement dit (1) et 1 fois la valvule iléo-cæcale (2) étaient devenus le siège de la perforation : 5 fois (3), elle occupait les parois du côlon ascendant, 6 fois (4) elle siégeait immédiatement au-dessus de la tumeur ou à une petite distance et 1 fois seulement à une distance assez considérable. C'était dans ce dernier fait un cancer de l'S iliaque avec perforation du transverse (5).

Cette prédilection si remarquable de l'ulcération pour le cœcum s'explique parfaitement par l'accumulation des matières qui se produit dans ce cul-de-sac à la suite d'une obstruction siégeant plus bas sur l'intestin et par l'irritation de ses parois qui en résulte.

Qu'il y ait ou non perforation, le cancer de l'intestin détermine le plus souvent, à un moment donné, une péritonite plus ou moins intense, n'ayant pas dans certains cas dépassé la simple injection inflammatoire, s'accompagnant, dans beaucoup d'autres, d'un exsudat séro-purulent ou purulent plus ou moins abondant.

Il faut cependant bien savoir que, à toutes les périodes du cancer de l'intestin, la péritonite peut faire absolument défaut.

Elle manquait dans 5 cas (6), dans lesquels on avait laissé mourir le malade sans intervenir d'aucune façon ; elle manquait dans 6 autres cas (7) dans lesquels on avait

(1) Obs. 90, 114, 122, 130, 137, 138, 159, 176, 232, 243, 267.
(2) Obs. 152.
(3) Obs. 100, 103, 116, 145, 227.
(4) Obs. 127, 130 bis, 156, 168, 203, 210.
(5) Obs. 206.
(6) Obs. 144, 156, 191, 216, 230.
(7) Obs. 17, 74, 154, 177, 253, 266.

pratiqué soit l'entérotomie soit la colotomie. Elle manquait encore dans un fait assez curieux de cancer de la valvule iléo-cœcale (1), ayant déterminé une invagination du cœcum et du colon ascendant dans le côlon transverse. Des accidents d'étranglement des plus intenses étant survenus on avait pratiqué la laparotomie, puis la lésion reconnue, tout bonnement refermé le ventre. Or la malade ainsi traitée survécut 5 semaines, comme si la manipulation résultant de l'opération avait suffi pour lever l'étranglement. L'invagination découverte à l'autopsie existait d'ailleurs à la laparotomie. Elle avait probablement disparu après l'opération pour se reformer ensuite.

Dans les 7 faits dont il nous reste à parler (2), l'absence de péritonite n'a pas été constatée à l'autopsie. Mais comme il s'agit de malades qui ont survécu 6 mois, 1 an et 2 ans aux opérations qu'on avait tentées sur eux, l'absence de péritonite se trouve par là même parfaitement démontrée.

Ainsi donc 5 fois seulement sur 18 l'intégrité du péritoine a pu être constatée à l'autopsie sans intervention chirurgicale préalable ; dans les 13 autres faits on était intervenu ; ce qui prouve une fois de plus que dans le cancer de l'intestin, le chirurgien doit intervenir au plus tôt s'il veut éviter la rencontre de ces deux complications aussi formidables l'une que l'autre, l'infection ganglionnaire et la péritonite.

L'invagination signalée dans un des faits précédents est

(1) Obs. 37.
(2) Obs. 117, 132, 155, 208, 233, 245, 259.

nentionnée dans 6 autres observations ; dans les 2 cas ex-
:eptionnels de polypes cancéreux développés à la face in-
erne de l'intestin grêle (1), dans 3 cas de cancer de l'ex-
rémité inférieure de l'iléon (2), enfin dans un dernier
ait, où le siège précis de la tumeur n'a pas été indiqué,
nais où il s'agissait probablement d'un épithelioma sié-
geant également à l'extrémité inférieure de l'intestin
grêle (3).

(1) Obs. 9, 25 bis.
(2) Obs. 5, 12, 19.
(3) Obs. 285.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., rue M.-le-Prince, 31,
A. DAVY, successeur.